

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Cirugía

***DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.
SEGURIDAD Y CALIDAD PERCIBIDA EN USUARIOS DE
CIRUGÍA SIN INGRESO***

TESIS DOCTORAL



Cristobalina Martín García

Sevilla, Octubre 2015

**Directores: Prof. Dr. D. Francisco Javier Padillo Ruiz
Dra. Dña. María Jesús Tamayo López
Dr. D. Fernando Docobo Durántez**



Universidad de Sevilla

D. Francisco Javier Padillo Ruiz, Catedrático Titular de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, Doctor en Medicina y Cirugía y Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen del Rocío, hace constar que el trabajo titulado **“Detección de efectos adversos e incidentes en Cirugía Mayor Ambulatoria. Seguridad y calidad percibida en usuarios de cirugía sin ingreso”** presentado por Dña. Cristobalina Martín García, ha sido realizado bajo su tutela y dirección y cumple con los requisitos para ser presentado y defendido como Tesis, para optar al Grado de Doctor.

Lo que firma en Sevilla a 5 de Octubre de 2015

Fdo: D. Francisco Javier Padillo Ruiz



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Dña. María Jesús Tamayo, Doctora en Medicina y Cirugía y Facultativo Especialista del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, hace constar que el trabajo titulado **“Detección de efectos adversos e incidentes en Cirugía Mayor Ambulatoria. Seguridad y calidad percibida en usuarios de cirugía sin ingreso”** presentado por Dña. Cristobalina Martín García, ha sido realizado bajo su tutela y dirección y cumple con los requisitos para ser presentado y defendido como Tesis, para optar al Grado de Doctor.

Lo que firma en Sevilla a 5 de Octubre de 2015

Fdo: Dña. María Jesús Tamayo López



Universidad de Sevilla

D. Fernando Docobo Durántez, Profesor Asociado adscrito al Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla, Doctor en Medicina y Cirugía y Facultativo Especialista del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, hace constar que el trabajo titulado **“Detección de efectos adversos e incidentes en Cirugía Mayor Ambulatoria. Seguridad y calidad percibida en usuarios de cirugía sin ingreso”** presentado por Dña. Cristobalina Martín García, ha sido realizado bajo su tutela y dirección y cumple con los requisitos para ser presentado y defendido como Tesis, para optar al Grado de Doctor.

Lo que firma en Sevilla a 5 de Octubre de 2015

Fdo: D. Fernando Docobo Durántez

Índice

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. La calidad en la atención sanitaria	3
1.1.1. La calidad de los servicios generales	3
1.1.1.1. Definición de calidad	3
1.1.1.2. Calidad de un servicio	5
1.1.1.3. Calidad percibida de un servicio	11
1.1.1.4. Calidad de un servicio y satisfacción del usuario	15
1.1.2. La calidad de la atención sanitaria	17
1.1.2.1. Definición y componentes de la calidad de la atención sanitaria	17
1.1.2.2. Valoración de la calidad de un servicio sanitario	24
1.1.2.3. Metodología para la medición de la percepción de calidad de los usuarios en la asistencia sanitaria	25
1.1.2.3.1 Metodología SERVQUAL para medir la percepción de calidad de los usuarios en la asistencia sanitaria	25
1.1.2.3.2 La escala de Likert para medir la percepción de calidad de los usuarios en la asistencia sanitaria	31
1.1.3. Satisfacción del usuario con la atención sanitaria	32
1.1.3.1. Definición y componentes de la satisfacción del usuario	32
1.1.3.2. Valoración de la satisfacción del usuario con la atención sanitaria	35
1.1.3.3. Métodos de valoración de la satisfacción del usuario con la atención sanitaria	38
1.2. La seguridad del paciente en la atención sanitaria	43
1.2.1. Definición de seguridad del paciente y reconocimiento de su importancia	43
1.2.1.1. La seguridad del paciente una preocupación mundial	43
1.2.1.2. La seguridad del paciente una preocupación europea	45
1.2.1.3. La seguridad del paciente una preocupación nacional	45
1.2.1.4. La seguridad del paciente una preocupación de la comunidad autónoma de Andalucía	46
1.2.2. Cultura de seguridad del paciente, definición y reconocimiento de su importancia	48
1.2.2.1. Valoración de la cultura de seguridad del paciente	48
1.2.2.2. La cultura de seguridad desde la perspectiva del paciente	50
1.3. Eventos adversos en la atención sanitaria	53
1.3.1. Reconocimiento de la importancia de los eventos adversos	53
1.3.2. Definiciones y clasificación de eventos adversos	53
1.3.3. Detección de eventos adversos en la atención sanitaria	56
1.3.4. Análisis de eventos adversos detectados	57
1.3.5. Relación entre la presencia de eventos adversos y percepción de calidad	57
1.4. Cirugía Mayor Ambulatoria	59
1.4.1. Definición de Cirugía Mayor Ambulatoria	59
1.4.2. Historia de la Cirugía Mayor Ambulatoria	60

1.4.3. Tipos de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria	62
1.4.4. Organización y gestión de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	63
1.4.4.1. Selección de procedimientos y cartera de servicios de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	63
1.4.4.2. Criterios de inclusión de pacientes en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria	64
1.4.4.3. Organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	64
1.4.4.4. Estructura de gestión de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	65
1.4.4.5. Estructura y recursos materiales de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	65
1.4.4.6. Recursos humanos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	65
1.4.4.7. Criterios de calidad de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	65
1.4.5. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Duques del Infantado	67
2. JUSTIFICACIÓN	69
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	73
3.1. Hipótesis	75
3.2. Objetivos	76
3.2.1. Objetivo general	76
3.2.2. Objetivos específicos	76
4. MATERIAL Y MÉTODO	77
4.1. Diseño del estudio	79
4.1.1. Población del estudio	79
4.1.2. Cálculo del tamaño muestral	80
4.1.3 Criterios de inclusión	80
4.1.4. Criterios de exclusión	80
4.1.5. Selección de pacientes	80
4.1.6. Variables del estudio	81
4.1.6.1. Variables independientes	81
4.1.6.2 Variables dependientes	84
4.2. Características y desarrollo del cuestionario	85
4.2.1. Primer bloque del cuestionario: cuatro dimensiones de calidad percibida, percepción de seguridad y satisfacción con la atención recibida	85
4.2.2. Segundo bloque: fidelidad	87
4.2.3. Propuestas de mejora	87
4.2.4. Datos de mejora	87
4.2.5. Observaciones	87
4.3. Análisis estadístico de los datos	87
4.3.1. Validez y fiabilidad del cuestionario sobre percepción de calidad y seguridad	87
4.3.1.1. Validez de contenido	87
4.3.1.2. Validez de constructo	88

4.3.1.3. Fiabilidad del cuestionario sobre calidad y seguridad percebidas	91
4.3.2. Estudio descriptivo	92
4.3.3. Estudio bivalente	93
4.4. Estructura del estudio	93
4.4.1. Fase 0: elaboración del cuestionario	93
4.4.2. Fase 1: entrega de cuestionarios al primer grupo de pacientes	94
4.4.3. Fase 2: entrega de cuestionarios al segundo grupo de pacientes	94
4.4.4. Fase 3: análisis de historias clínicas	94
4.4.5. Fase 4: análisis estadístico de resultados	95
4.4.6. Fase 5: difusión de los resultados	95
5. RESULTADOS	97
5.1. Resultados fase I	99
5.1.1. Cuestionarios válidos	99
5.1.2. Análisis descriptivo de las respuestas	99
5.1.2.1. Análisis descriptivo de los datos demográficos y sociales	99
5.1.2.2. Análisis descriptivo de calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	101
5.1.2.2.1. Primer bloque	101
5.1.2.2.2. Segundo bloque	109
5.1.2.3. Análisis descriptivo de las propuestas de mejora	111
5.1.2.4. Análisis descriptivo de las observaciones	111
5.1.3. Análisis bivalente	112
5.1.3.1. Relación de los factores demográficos y las respuestas al cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas	112
5.1.3.2. Relación de los factores demográficos y sociales y la satisfacción con la asistencia recibida	116
5.1.3.3. Relación de los factores demográficos y sociales con la dimensión fidelidad con hospital	117
5.1.3.4. Relación entre la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción	119
5.2. Resultados fase II	123
5.2.1. Cuestionarios válidos	123
5.2.2. Análisis descriptivo de las respuestas	123
5.2.2.1. Análisis descriptivo de los datos demográficos y sociales	123
5.2.2.2. Análisis descriptivo de calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	125
5.2.2.2.1. Primer bloque	125
5.2.2.2.2. Segundo bloque	133
5.2.2.3. Análisis descriptivo de las propuestas de mejora	135
5.2.2.4. Análisis descriptivo de las observaciones	135
5.2.3. Análisis bivalente	136
5.2.3.1. Relación de los factores demográficos y sociales y las respuestas al cuestionario sobre calidad y seguridad percebidas	136
5.2.3.2. Relación de los factores demográficos y sociales y la satisfacción global con la asistencia recibida	140

5.2.3.3. Relación de los factores demográficos y sociales con la dimensión fidelidad con hospital	141
5.2.3.4. Relación entre la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción	142
5.3. Resultados comparación fase I y II	146
5.3.1. Datos demográficos	146
5.3.2. Comparación de resultados de las preguntas del primer bloque	147
5.3.2.1. Comparación de resultados de las preguntas del primer bloque con respuestas agrupadas en tres categorías	147
5.3.2.2. Comparación de resultados de la valoración de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas	150
5.3.3. Comparación de resultados de las preguntas del segundo bloque	151
5.4. Resultados fase III	154
5.4.1. Análisis descriptivo	154
5.4.1.1. Análisis descriptivo de intervenciones quirúrgicas	154
5.4.1.2. Análisis descriptivo de antecedentes personales	155
5.4.1.2.1. Factores de riesgo cardiovascular	156
5.4.1.2.2. Antecedentes médicos relevantes	156
5.4.1.2.3. Otros antecedentes	158
5.4.1.3. Análisis descriptivo de eventos adversos	159
5.4.1.3.1. Dolor	159
5.4.1.3.2. Infección de sitio quirúrgico	160
5.4.1.3.3. Sangrado	161
5.4.1.3.4. Reintervención	161
5.4.1.3.5. Complicaciones anestésicas	162
5.4.1.3.6. Otros eventos adversos	162
5.4.1.4. Análisis descriptivo de incidentes	163
5.4.1.5. Análisis descriptivo de otros indicadores de seguridad	163
5.4.1.5.1. Ingresos no previstos	163
5.4.1.5.2. Acudir a urgencias	163
5.4.1.5.3. Reingresos	164
5.4.1.5.4. Muertes	164
5.4.2. Análisis bivalente	165
5.4.2.1. Relación entre la especialidad quirúrgica y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	165
5.4.2.2. Relación entre la especialidad quirúrgica y las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre fidelidad con el hospital	168
5.4.2.3. Relación entre la especialidad quirúrgica y la presencia de eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad	168
5.4.2.4. Relación entre los antecedentes personales y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	169
5.4.2.4.1. Relación entre la presencia de algún factor de riesgo cardiovascular y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	173

5.4.2.4.2. Relación entre la presencia de patología médica relevante las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	176
5.4.2.5. Relación entre antecedentes personales y las respuestas a preguntas de segundo bloque	180
5.4.2.6. Relación entre los antecedentes personales y la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad	181
5.4.2.7. Relación entre la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	183
5.4.2.7.1. Relación entre haber presentado dolor y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	186
5.4.2.7.2. Relación entre haber presentado infección de sitio quirúrgico y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	187
5.4.2.7.3. Relación entre haber presentado sangrado y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	190
5.4.2.7.4. Relación entre el indicador de seguridad “acudir a urgencias” y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y percibidas y satisfacción con la atención recibida	190
5.4.2.8. Relación entre la presencia de eventos adversos y las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre la dimensión fidelidad con el servicio	191
5.4.2.8.1. Relación entre la presencia de dolor como evento adverso las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre la dimensión fidelidad con el servicio	192
5.4.2.8.2. Relación entre la presencia de los eventos adversos “infección”, “sangrado” y las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre la dimensión fidelidad con el servicio	193
5.4.2.8.3. Relación entre el indicador de seguridad “acudir a urgencias” y las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre la dimensión fidelidad con el servicio	193
6. DISCUSIÓN	195
6.1. Diseño del estudio	197
6.2. Características del cuestionario	198
6.2.1. Percepción de calidad y seguridad	200
6.2.2. Satisfacción con la atención recibida	202
6.2.3. Fidelidad con el servicio	203
6.2.4. Propuestas de mejora y observaciones	203
6.3. Tasa de respuesta	203

6.4. Características sociales y demográficas	204
6.5. Percepción de calidad y seguridad	205
6.5.1. Dimensión servicio accesible	207
6.5.2. Dimensión servicio confortable	207
6.5.3. Dimensión servicio personalizado	208
6.5.4. Dimensión servicio de garantía	209
6.5.5. Percepción de seguridad	209
6.6. Satisfacción con la atención recibida	210
6.7. Fidelidad con el servicio	211
6.8. Influencia de los factores sociodemográficos en la percepción de calidad y seguridad, satisfacción con la atención y fidelidad con el servicio	212
6.8.1. Influencia de los factores sociodemográficos en la percepción de calidad y seguridad	212
6.8.2. Influencia de los factores sociodemográficos en la satisfacción con la atención recibida	214
6.8.3. Influencia de los factores sociodemográficos en la fidelidad con el servicio	214
6.8.4. Relación y dependencia de las la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción	214
6.9. Análisis de las historias clínicas	215
6.9.1. Patologías intervenidas	216
6.9.2. Antecedentes personales	217
6.9.3. Eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad	218
6.9.3.1. Dolor como evento adverso	219
6.9.3.2. Infección de sitio quirúrgico como evento adverso	220
6.9.3.3. Sangrado postoperatorio como evento adverso	221
6.9.3.4. Reintervención quirúrgica como evento adverso	221
6.9.3.5. Otros eventos adversos	222
6.9.3.6. Incidentes (“casi error”)	222
6.9.3.7. Otros indicadores de seguridad	223
6.10. Influencia de la patología intervenida en la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción con la atención recibida y fidelidad con el hospital	224
6.10.1. Influencia de la patología intervenida en la percepción de calidad y seguridad	224
6.10.2. Influencia de la patología intervenida en la satisfacción con la atención recibida	225
6.10.3. Influencia de la patología intervenida en fidelidad con el hospital	225
6.11. Relación entre la patología intervenida y la presencia de eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad	225
6.12. Influencia de los antecedentes personales en la percepción de calidad y seguridad, la satisfacción con la atención recibida y fidelidad con el hospital	226
6.12.1. Influencia de los antecedentes personales en la percepción de calidad y seguridad	226
6.12.2. Influencia de antecedentes personales en la satisfacción con la atención recibida	228
6.12.3. Influencia de los antecedentes personales en la fidelidad con el hospital	228
6.13. Relación entre los antecedentes personales y la presencia de eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad	229

6.14. Influencia de la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad en la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción con la atención recibida y fidelidad con el hospital	229
6.14.1. Influencia de la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad en la percepción de calidad y seguridad	229
6.14.2. Influencia de la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad en la satisfacción con la atención recibida	231
6.14.3. Influencia de la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad en la fidelidad con el hospital	232
6.15. Respuestas a las preguntas abiertas	233
6.15.1. Pregunta número 30: Propuestas de mejora	233
6.15.2. Apartado de observaciones	234
6.16. Limitaciones del estudio	235
6.17. Consideraciones finales	235
7. CONCLUSIONES	239
8. BIBLIOGRAFÍA	243
9. ANEXOS	261
Anexo 1. Cuestionario autoadministrado	
Anexo 2. Encuesta telefónica	

ABREVIATURAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMFE	Análisis Modales de Fallos y Efectos
ASA	American Society of Anesthesiologists
ASECMA	Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria
CGAD	Cirugía General y del Aparato Digestivo
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
COT	Cirugía Ortopédica y Traumatología
EEUU	Estados Unidos de América
ENEAS	Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización
HSOPS	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
IMS	Intercontinental Marketing Services
MOSPS	Medical Office Survey on Patient Safety Culture
MSI	Marketing Science Institute
NHS	National Health Service
OMS	Organización Mundial de la Salud
ORL	Otorrinolaringología
SAQ	Safety Attitudes Questionary
SGAE	Subdirección General de Atención Especializada
SiNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SNS	Sistema Nacional de Salud
UCMA	Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de las Deficiencias de la Calidad de un Servicio formulado por Parasuraman	8
Figura 2. Determinantes de la Calidad de en un Servicio según Parasuraman	11
Figura 3. Dimensiones de la Calidad Percibida según modelo de Grönroos	12
Figura 4. Dimensiones de la Calidad Percibida según modelo multinivel de Brady y Cronin	14
Figura 5. Dimensiones de la Calidad Percibida según modelo de Kang y James	15
Figura 6. Teorías sobre la relación entre Calidad de un Servicio y Satisfacción del Usuario	16
Figura 7. Niveles de valoración de la calidad de la atención sanitaria según Donabedian	21
Figura 8. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 27 (Fase I)	109
Figura 9. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 28 (Fase I)	110
Figura 10. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 29 (Fase I)	110
Figura 11. Diagrama de barras de porcentajes de respuestas a la pregunta número 27 en cada categoría de la variable sexo (Fase I)	118
Figura 12. Porcentajes de respuestas a la pregunta número 28 en cada categoría de la variable sexo (Fase I)	118
Figura 13. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 27 (Fase II)	133
Figura 14. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 28 (Fase II)	134
Figura 15. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 29 (Fase II)	134
Figura 16. Diagrama de cajas. Edad en años de fase I y fase II	146
Figura 17. Gráfico de barras. Edad en categorías de fase I y fase II	146
Figura 18. Diagrama de barras de porcentajes de respuestas a la pregunta número 27 en las fases I y II	152
Figura 19. Diagrama de barras de porcentajes de respuestas a la pregunta número 28 en las fases I y II	152
Figura 20. Diagrama de barras de porcentajes de respuestas a la pregunta número 29 en las fases I y II	153
Figura 21. Gráfico de sectores. Detección de eventos adversos en historias clínicas de pacientes participantes en fase II	159
Figura 22. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “dolor” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II	160
Figura 23. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “infección sitio quirúrgico” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II	160
Figura 24. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “sangrado postoperatorio” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II	161
Figura 25. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “reintervención” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II	161
Figura 26. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “complicaciones relacionadas con la anestesia” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II	162
Figura 27. Gráfico de sectores. Porcentajes de pacientes que precisaron acudir a urgencias en historias clínicas de participantes en fase II	164

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Significados del concepto calidad según J. M. Juran	4
Tabla 2. Definiciones del concepto calidad de la asistencia sanitaria basadas en enfoques desglosados	22
Tabla 3. Dimensiones y preguntas del cuestionario SERVQUAL	27
Tabla 4. Dimensiones y aspectos valorados en el cuestionario SERVQHOS	30
Tabla 5. Métodos de realización de cuestionarios. Ventajas y desventajas	41
Tabla 6. Formatos de respuestas de cuestionarios. Características y desventajas	42
Tabla 7. Indicadores de calidad de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y forma de calcularlos	66
Tabla 8. Preguntas del primer bloque del cuestionario y dimensiones a las que pertenecen	85
Tabla 9. Resultado del análisis factorial por método de Componentes Principales y Normalización Varimax con Kaiser	88
Tabla 10. Factores extraídos del análisis factorial	90
Tabla 11. Estadísticos de fiabilidad	92
Tabla 12. Análisis descriptivo de las variables demográficas y sociales (Fase I)	100
Tabla 13. Análisis descriptivo de la variable edad en años (Fase I)	101
Tabla 14. Frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (Fase I)	102
Tabla 15. Análisis descriptivo de las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (Fase I)	104
Tabla 16. Frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque agrupadas en categorías (Fase I)	107
Tabla 17. Relación entre factores demográficos y sociales y las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida de Fase I	113
Tabla 18. Relación entre factores demográficos y sociales y las valoraciones de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas de Fase I	115
Tabla 19. Relación entre factores demográficos y sociales y la fidelidad con el hospital Preguntas 27, 28 y 29 (Fase I)	117
Tabla 20. Coeficientes de Correlación de Spearman y Nivel de Significación Estadística entre las respuestas sobre Calidad y Seguridad Percibidas y la de Satisfacción Coeficientes de Regresión Estandarizados y Nivel de Significación Estadística de las variables incluidas en la ecuación (Fase I)	120
Tabla 21. Coeficientes de Correlación de Spearman y Nivel de Significación Estadística entre las valoraciones a las dimensiones de Calidad y Seguridad Percibidas y la de Satisfacción. Coeficientes de Regresión Estandarizados y Nivel de Significación Estadística de las variables incluidas en la ecuación (Fase I)	122
Tabla 22. Análisis descriptivo de las variables demográficas y sociales (Fase II)	124
Tabla 23. Análisis descriptivo de la variable edad en años (Fase II)	125
Tabla 24. Frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (Fase II)	126
Tabla 25. Análisis descriptivo de las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (Fase II)	129
Tabla 26. Frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque agrupadas en categorías (Fase II)	131

Tabla 27. Relación entre factores demográficos y sociales y las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida de Fase II	138
Tabla 28. Relación entre factores demográficos y sociales y las valoraciones de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas de Fase II	140
Tabla 29. Relación entre factores demográficos y sociales y la fidelidad con el hospital Preguntas 27, 28 y 29 (Fase II)	142
Tabla 30. Coeficientes de Correlación de Spearman y Nivel de Significación Estadística entre las respuestas sobre Calidad y Seguridad Percibidas y la de Satisfacción. Coeficientes de Regresión Estandarizados y Nivel de Significación Estadística de las variables incluidas en la ecuación (Fase II)	143
Tabla 31. Coeficientes de Correlación de Spearman y Nivel de Significación Estadística entre las valoraciones a las dimensiones de Calidad y Seguridad Percibidas y la de Satisfacción. Coeficientes de Regresión Estandarizados y Nivel de Significación Estadística de las variables incluidas en la ecuación (Fase II)	145
Tabla 32. Comparación de resultados, en tres categorías, del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida entre las fases I y II	147
Tabla 33. Comparación de las valoraciones de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas entre las fases I y II	151
Tabla 34. Frecuencias y porcentajes de las intervenciones quirúrgicas a las que sometieron los pacientes participantes en fase II	154
Tabla 35. Análisis descriptivo de factores de riesgo y antecedentes médicos de pacientes participantes en fase II	157
Tabla 36. Relación entre la especialidad quirúrgica y las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	166
Tabla 37. Relación entre la especialidad quirúrgica y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas	167
Tabla 38. Relación entre la especialidad quirúrgica y las respuestas a las preguntas de la dimensión fidelidad con el hospital	168
Tabla 39. Relación entre la especialidad quirúrgica y la presencia de eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad	169
Tabla 40. Relación entre la presencia de antecedentes personales y las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida	170
Tabla 41. Relación entre la presencia de antecedentes personales y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas	172
Tabla 42. Relación entre las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción en la atención recibida y los factores de riesgo cardiovascular	174
Tabla 43. Relación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas	176
Tabla 44. Relación entre las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción en la atención recibida y la presencia de patologías médicas	178
Tabla 45. Relación entre la presencia de patologías médicas relevantes y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas	180
Tabla 46. Relación entre los antecedentes personales y las respuestas a las preguntas sobre la dimensión fidelidad con el hospital	181
Tabla 47. Relación entre antecedentes personales y presencia de eventos adversos	182

Tabla 48. Relación entre las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción en la atención recibida y la presencia de eventos adversos	184
Tabla 49. Relación entre las valoraciones de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas y la presencia de eventos adversos e indicadores de seguridad más frecuentes	186
Tabla 50. Relación entre las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción en la atención recibida y presencia de eventos adversos e indicadores de seguridad más frecuentes	188
Tabla 51. Relación entre eventos adversos y la fidelidad con el hospital	192
Tabla 52. Distribución de pacientes y de eventos adversos en cada especialidad quirúrgica	226

Introducción

1.1. LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA.

1.1.1. La calidad de los servicios generales.

1.1.1.1. Definición de calidad.

Fuera del ámbito de la sanidad definir y medir la calidad de un servicio se convierten en un acto de elevada complejidad, sin embargo, su importancia para las empresas y consumidores es inequívoca ¹.

En la década de 1980 a 1990 toma gran importancia la valoración de la calidad de los productos o servicios ofrecidos por las empresas ya que el consumidor pasa a demandar alta calidad en éstos. Diferentes estudios demostraron los beneficios estratégicos de conseguir un nivel de calidad por su contribución en la cuota de mercado y por sus resultados en inversión, así como en la disminución en los costes y en la mejora de la productividad ^{2,3}.

Los esfuerzos en definir y medir la calidad venía en gran parte del sector de mercancías.

En 1979 Crosby ⁴ define calidad como “conformidad con requerimientos”. Para el autor es un error el suponer que calidad significa bueno, lujoso o brillante. Considera que los requerimientos de un producto deben estar claramente definidos y especificados, de forma que su constatación o su ausencia van a ser los criterios de valoración de su calidad. De acuerdo con la imperante filosofía japonesa, el autor hace suyo el lema “cero defectos, haciéndolo bien la primera vez”.

Garvin en 1983 ³ valora la calidad a través la cuantificación de la incidencia de fallos internos (aquellos que se observan antes de que el producto abandone la fábrica) y fallos externos (aquellos que ocurren sobre el terreno una vez que el producto está instalado o funcionando).

Para J.M. Juran ⁵ la palabra “calidad” tiene dos principales significados que de principio son contradictorios y que reflejan la dificultad y la confusión que genera dicho concepto:

A. “Calidad” significa: atender las necesidades del consumidor y por tanto producir satisfacción en éste; esta definición va orientada al concepto ingreso, por lo que en este sentido, un producto de alta calidad busca conseguir una alta satisfacción en el cliente y un aumento de los beneficios, aunque generalmente conlleva un incremento en los gastos.

B. “Calidad” significa: ausencia de defectos; en este sentido el significado de calidad va orientado a los costes de forma que alta calidad significa menor coste.

En la Tabla 1 se enfrentan los desarrollos de ambas definiciones:

Productos que atienden las necesidades del consumidor	Ausencia de defectos
Alta calidad permite a las empresas:	Alta calidad permite a las empresas:
Incrementar la satisfacción del consumidor	Reducir la ratio de errores
Hacer productos vendibles	Reducir el gasto de rehacer un producto
Ser competente	Reduce gastos secundarios a fallos
Incrementar la cuota de mercado	Reduce insatisfacción del consumidor
Aumentar ingresos por ventas	Reduce inspecciones, test
Asegurar precios más altos	Reduce el tiempo de puesta en el mercado de un producto
	Incrementa el rendimiento
	Mejora el proceso de entrega
El mayor efecto se produce en las ventas	El mayor efecto se produce en el coste
Generalmente, alta calidad cuesta más	Generalmente, alta calidad cuesta menos

Tabla 1. Significados del concepto calidad según J. M. Juran (Datos de referencia 5).

Para este autor no existe una definición que unifique ambos conceptos que, sin embargo, son igual de válidos.

W. Edward Deming ⁶, quien inició la revolución de la calidad en Japón y Estados Unidos, dice que un producto posee calidad si ayuda a alguien y goza de un mercado bueno y sostenible. El mercado depende de la calidad. Aunque no define directamente el concepto de calidad hace referencia al valor de un producto en términos de su habilidad en ayudar al consumidor a la vez de ser bien aceptado en el mercado. De sus afirmaciones se deduce también que la calidad es multidimensional ya que considera virtualmente imposible definir calidad de un producto en términos de una simple característica o agente.

Para K. Ishikawa ⁷ la calidad es equivalente a la satisfacción del cliente y tiene que estar definida de forma amplia y completa. No es sólo calidad del producto sino que debe abarcar la suma de cada uno de los componentes de la organización o empresa, es decir, calidad de trabajo, calidad de servicio, calidad de información, calidad del proceso, del sistema, calidad de objetivos, etc. El autor además tiene en cuenta que los requerimientos y

necesidades de los clientes cambian y que el precio de un producto es parte importante de la calidad.

En general, las definiciones de calidad que proponen estos expertos caen en dos categorías:

Nivel 1 de calidad: es una manera simple de producir bienes cuyas características medibles satisfacen un conjunto de especificaciones que están numéricamente definidas.

Nivel 2 de calidad: independientemente de cualquiera de sus características medibles, el nivel dos en calidad define el grado en que un producto satisface las necesidades de los clientes para su uso o consumo.

En definitiva, el nivel uno de calidad significa trabajar en las especificaciones (características predeterminadas), mientras que el nivel dos significa satisfacer al cliente.

1.1.1.2. Calidad de un servicio.

Los esfuerzos por definir y medir la calidad venían principalmente del sector de las mercancías. Sin embargo, los conocimientos sobre calidad de un producto no son suficientes para explicar el significado de la calidad de un servicio.

En primer lugar el propio concepto de servicio provoca confusión incluso a la hora de su definición. Grönroos ⁸ propone una definición que es producto de la síntesis otras propuestas: “Un servicio es una actividad o una serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que generalmente se generan en la interacción que se produce entre el cliente y los empleados de servicios y/o los recursos o bienes físicos y/o los sistemas del proveedor de servicios, y que se proporcionan como soluciones a los problemas del cliente”.

Las especiales características de los servicios como son la intangibilidad, la heterogeneidad y la inseparabilidad deben ser tenidas en cuenta a la hora de comprender el concepto “calidad de un servicio”.

Intangibilidad: la mayoría de los servicios son intangibles, ya que se tratan de actuaciones y no de objetos cuyas características o especificaciones respecto a la calidad puedan ser establecidas de forma uniforme; es difícil poder cuantificar, medir, inventariar, poner a prueba y verificar un servicio antes de su comercialización o desarrollo para asegurar su calidad, por ello las empresas encuentran difícil entender cómo los consumidores perciben sus servicios y evalúan su calidad ⁹.

Heterogeneidad: los servicios, especialmente aquellos que implican alto contenido laboral, son heterogéneos; la prestación de un servicio a menudo varía de un productor a otro,

de un receptor a otro y de un día a otro; es difícil asegurar la coherencia (calidad uniforme) en el comportamiento de un servicio personalizado porque lo que una empresa intenta ofrecer puede ser totalmente diferente a lo que el consumidor recibe ¹⁰.

Inseparabilidad: la producción y el consumo de muchos servicios son inseparables; el proceso de prestación de un servicio se desarrolla en muchas ocasiones con la participación activa del propio receptor, por lo que el resultado en calidad del mismo puede estar afectada de forma crítica por la aportación de éste ¹¹.

Teniendo en cuenta estas tres características, los estudios realizados sobre su calidad de los servicios resaltan tres conclusiones ^{1,12,13}:

- **La calidad de un servicio es más difícil de evaluar por los consumidores que la de las mercancías o bienes.** Cuando adquiere mercancías, el consumidor dispone de muchos indicadores para juzgar su calidad, como estilo, dureza, color, tacto, envoltorio, etc, pero cuando recibe servicios cuenta con pocos indicadores tangibles para valorarlos. En la mayoría de los casos, la evidencia tangible está limitada a la valoración del emplazamiento físico, el equipamiento y el personal, en el que, con el que y por quien se proporciona el servicio. Lo intangible de un servicio hace que una empresa encuentre gran dificultad en entender cómo el consumidor lo percibe y valora su calidad. Según Grönroos ¹ “cuando un proveedor de un servicio conoce como éste será evaluado por un consumidor, podrá recomendar la forma de influir en esta evaluación en una dirección deseada”.
- **La percepción de la calidad de un servicio es el resultado de la comparación entre la expectación del consumidor y resultado finalmente obtenido con el mismo.** Para Lewis y Booms ¹², calidad de un servicio se corresponde con la medida en que éste cumple las expectativas del cliente, de forma que dar un buen servicio significa corresponder de forma consistente con lo que esperaba.
- **Las evaluaciones sobre la calidad de un servicio no sólo se hacen sobre el resultado de éste sino también sobre el propio proceso de su desempeño.** Sasser, Olsen y Wyckoff ¹³ definen tres dimensiones diferentes de la prestación de un servicio: materiales, instalaciones y personal. Lo que implica que la noción de servicio envuelve no sólo al resultado sino que incluye además la manera en que éste se realiza. Grönroos ¹, postula que existen dos tipos de calidad de un servicio: calidad técnica, que hace referencia a lo que el cliente está actualmente recibiendo a través del mismo, y calidad funcional, que envuelve la manera en que se está efectuando.

Parece evidente que a nivel de servicios es difícil hacer una valoración de la calidad desde los dos enfoques evocados para los bienes o mercancías (enfoque uno o valoración de la calidad de acuerdo con el cumplimiento de especificaciones y enfoque dos o medición conforme al cumplimiento de las expectativas del cliente). Al constituir una tarea complicada poder cuantificar los atributos de los servicios lo habitual es hacerlo desde el segundo enfoque, es decir, valorando la calidad de un servicio de acuerdo con su capacidad para cumplir las expectativas de los clientes. Bajo la perspectiva de estimar la calidad de un servicio según su capacidad para satisfacer las expectativas del cliente se pueden distinguir dos modelos conceptuales de calidad:

- A. Modelo de la Imagen.** Formulado por Grönroos ¹ quien propone que el consumidor compara el servicio que espera con el servicio que recibe, propone además que la expectación del consumidor está condicionada por la imagen que tiene de la entidad que presta el servicio, y que la calidad experimentada es evaluada por el cliente atendiendo a dos dimensiones, la dimensión técnica que envuelve lo que el consumidor recibe del servicio y la dimensión funcional, que envuelve la forma en la que el servicio se ha prestado.
- B. Modelo de las Deficiencias.** Formulado por Parasuraman ¹⁴ quien define la calidad de un servicio como “una función de las discrepancias entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir y sus percepciones sobre el servicio efectivamente prestado por la empresa”. El modelo propone analizar el vínculo que existe entre las deficiencias (diferencia entre las expectativas y las percepciones) que los clientes perciben en la calidad con las deficiencias internas que existen en las empresas. Consigue identificar cinco discrepancias (“*gaps*”) que se traducen en un mal servicio al cliente. Las discrepancias 1, 2, 3 y 4 ocurren en el nivel de la empresa mientras que la 5 se produce en el usuario. La forma de conseguir un buen nivel de calidad sería eliminar estas deficiencias (Figura 1).

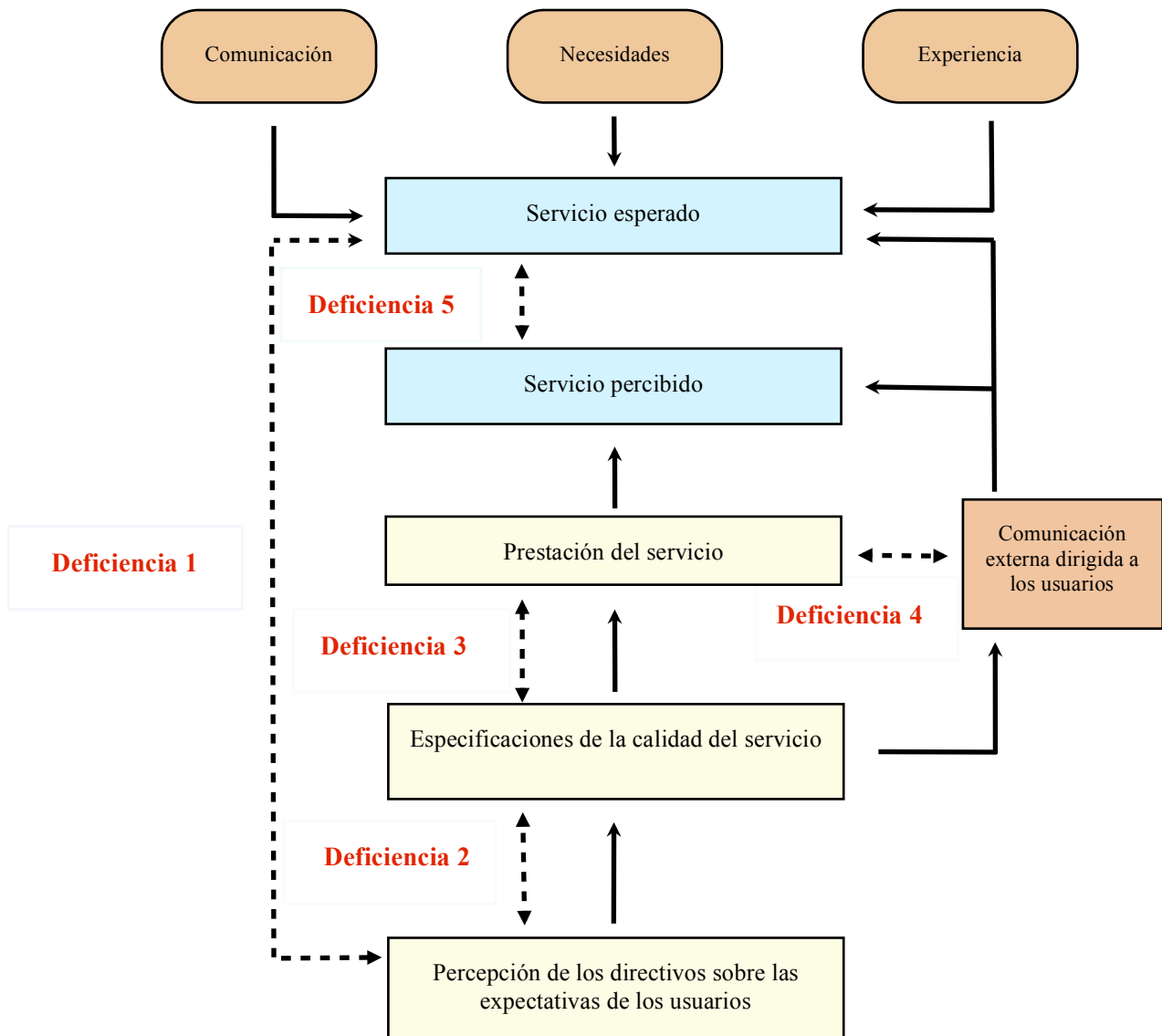


Figura 1. Modelo de las Deficiencias de la Calidad de un Servicio formulado por Parasuraman. (Adaptado de referencia 14).

Según este modelo las cinco posibles deficiencias cuya existencia implicarían mala calidad de un servicio serían:

- Deficiencia 1: discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos sobre éstas; los proveedores de servicios pueden no entender qué es lo que los usuarios esperan de un servicio y esto puede tener impacto en la evaluación de la calidad del mismo.
- Deficiencia 2: discrepancia entre las percepciones de los directivos sobre las expectativas de los usuarios y las especificaciones o normas de calidad; puede ocurrir que, aún conociendo los proveedores de servicios las expectativas de los clientes, no sean capaces de ofrecerlo con un nivel de calidad estándar, lo cual tendría consecuencias en la valoración de la calidad desde el punto de vista del usuario.
- Deficiencia 3: discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio; a pesar de establecerse unos estándares no siempre es posible alcanzarlos y, por tanto, puede afectarse la percepción de calidad por parte del usuario.
- Deficiencia 4: discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa; cuando se dan a conocer datos no exactos, tanto por exceso o por defecto, de lo que verdaderamente se consigue con la prestación de un servicio se puede afectar la percepción de la calidad del mismo por parte del usuario.
- Deficiencia 5: discrepancias entre las expectativas y la percepción del servicio por el consumidor; según el modelo, es la deficiencia que tiene lugar en el contexto del usuario, por ello, el nivel de calidad que éste percibe va a depender de la magnitud y del sentido de ésta discrepancia.

Este Modelo de las Deficiencias descrito por Parasuraman en 1985 ¹⁴, propone diez dimensiones o criterios evaluativos utilizados por los usuarios y que son válidos para una gran variedad de servicios. Son los siguientes:

1. **Accesibilidad:** las organizaciones que prestan servicios deben facilitar el contacto de las personas y la posibilidad de recibir las prestaciones que desean (ubicación de los locales, horas de atención, número de líneas telefónicas, disposición de página web, etc.).
2. **Comunicación:** los prestadores de servicios deben saber escuchar a sus usuarios e informarles en un lenguaje comprensible para ellos.
3. **Competencia:** capacidad, destreza y conocimiento para ejecutar el servicio.
4. **Cortesía:** capacidad de prestar atención, consideración, respeto y amabilidad en el trato con las personas.

5. **Credibilidad:** los proveedores de los servicios deben proporcionar imagen de veracidad y honestidad.
6. **Confiabilidad:** capacidad del proveedor de realizar el servicio puntualmente con seguridad, con la habilidad necesaria y sin cometer errores.
7. **Responsabilidad:** disposición o voluntad en responder a las necesidades o solicitudes de las personas que reciben el servicio, incluyendo su ejecución en tiempo adecuado.
8. **Seguridad:** los beneficiarios deben percibir que los servicios que se les prestan carecen de riesgos, que no existen peligros ni dudas sobre la bondad de las prestaciones (se incluyen en esta dimensión la seguridad física, funcional, social y financiera, así como la confidencialidad).
9. **Elementos tangibles:** aquellos componentes del servicio que pueden ser percibidos a través de los sentidos como, por ejemplo, las instalaciones (edificios, su localización, estilo, tamaño, iluminación, acceso y decoración), el equipamiento (ordenadores), el aspecto del personal (uniforme) y el material de comunicación (rótulos, símbolos, cartas, folletos o guías de servicios).
10. **Conocimiento del consumidor:** entender cuáles son sus necesidades y poner todos los medios para tratar de satisfacerlas.

Estos diez criterios serían los que utilizan los usuarios en el proceso de valoración de la calidad de un servicio, tanto en la formulación de sus expectativas como en la valoración del servicio recibido, resultando en una valoración u opinión final que se etiqueta como calidad percibida del servicio. El modelo se esquematiza en la Figura 2.

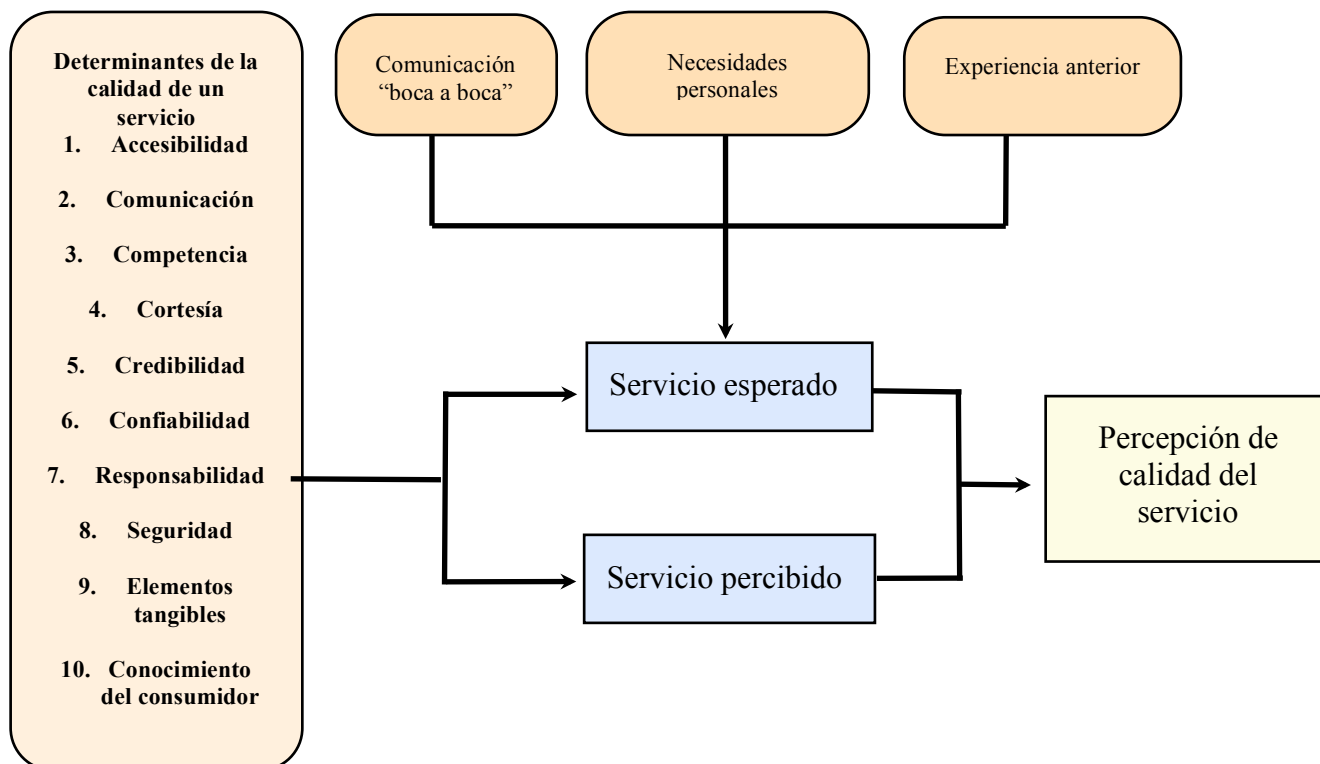


Figura 2. Determinantes de la Calidad de en un Servicio según Parasuraman. (Adaptado de referencia 14).

1.1.1.3. Calidad percibida de un servicio.

En ausencia de formas objetivas de medición una manera apropiada de cuantificar la calidad de un servicio sería la valoración de la percepción de la misma por el consumidor. La calidad percibida se introduce como una forma de conceptualizar la calidad en el ámbito de los servicios ¹⁵.

La conceptualización y medición de la calidad percibida de un servicio han sido tópicos muy debatidos y que han generado mucha controversia en la literatura sobre marketing.

Como concepto se ha definido la calidad percibida de un servicio como la valoración general de la excelencia o superioridad de una entidad por parte del consumidor ¹⁶. Se han propuesto varias fórmulas de medición de la percepción de calidad por los usuarios aunque existen controversias en cuanto al objeto a medir. Es decir, se avanzó considerablemente en la proposición de instrumentos de medida pero poco en cuanto a la definición de qué parámetros

debían ser cuantificados para obtener una información del grado de calidad que el cliente recibía ¹⁷.

Los modelos predominantes a nivel mundial definitorios del concepto de calidad de un servicio, proponen que su percepción está basada en múltiples dimensiones de la misma. Estos son:

- El **modelo nórdico o europeo** (Grönroos ¹⁵) describe dos dimensiones globales, la dimensión técnica que refleja el resultado de la prestación del servicio (“el qué”) y la dimensión funcional que representa la forma en que el servicio se ha realizado (“el cómo”). Además este modelo también adopta el “Paradigma de la Desconfirmación” para explicar que la calidad es el resultado de enfrentar el servicio recibido con el servicio esperado. El nivel de calidad percibida estará determinado por la diferencia entre la calidad esperada y la calidad experimentada. Si la calidad experimentada por el usuario alcanza las expectativas que tenía (calidad esperada) el resultado de calidad percibida será alto. Sin embargo, si no alcanza la calidad esperada, a pesar de que objetivamente obtenga un nivel alto, el resultado en calidad percibida será bajo ⁸. De esto se deduce, que si las expectativas del usuario no son demasiado elevadas será más fácil conseguir alto niveles de percepción de calidad. Grönroos ¹⁸ posteriormente reconoce y enfatiza en la importancia de la imagen como un filtro en la percepción de la calidad en adición a las dimensiones técnica y funcional (Figura 3).

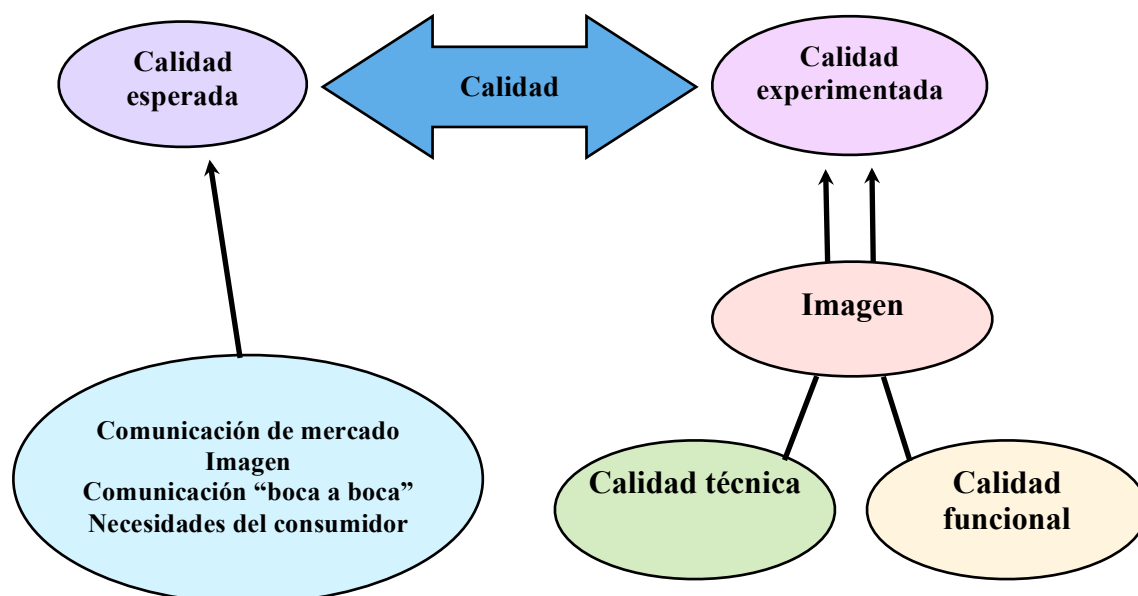


Figura 3. Dimensiones de la Calidad Percibida según modelo de Grönroos (Adaptado de referencia 18).

- El **modelo americano** (Parasuraman, Zeithmal, y Berry ¹⁹) sugiere cinco dimensiones: confiabilidad, responsabilidad, tangibilidad, seguridad y empatía. Estas dimensiones surgen del estudio realizado para conseguir una escala de medición de la calidad de un servicio, (que finalmente denominaron SERVQUAL). Parte de los diez criterios que los investigadores obtuvieron inicialmente en un estudio exploratorio como los utilizados por los usuarios en su valoración de la calidad de un servicio. Las tres primeras dimensiones se mantienen mientras que las dos últimas (garantía y empatía) son el resultado de la combinación de los otros siete criterios iniciales. En este caso cabe destacar que se centran en la dimensión funcional (“el cómo”) sin valorar el aspecto técnico o de resultado.
- El **modelo de tres dimensiones de Lehtinen y Lehtinen** ²⁰ que define la calidad de un servicio en términos de calidad física (aspectos tangibles del servicio), calidad interactiva (relación cliente-proveedor) y calidad corporativa (imagen global sobre un servicio). Introduce el concepto de imagen como un importante componente de la percepción de calidad. Una imagen favorable y bien conocida es un activo para cualquier empresa o entidad ya que tiene impacto sobre la percepción que el cliente va a tener sobre la comunicación y los aspectos tangibles del servicio.
- El **modelo de tres dimensiones de Rust y Oliver** ²¹ que define tres componentes: resultado del servicio, prestación del servicio (interacción consumidor-proveedor) y entorno del servicio. No obstante, a pesar de que indudablemente el entorno afecta a la percepción de la calidad, parece lógico enmarcarlo dentro de una dimensión funcional junto con la interacción consumidor-proveedor, con lo que podríamos considerarlo como bidimensional y en la onda de la propuesta europea.
- El **modelo jerarquizado de Dabholkar, Thorpe y Rentz** ²² que identifica y testa una nueva conceptualización con varias dimensiones y subdimensiones. Proponen tres niveles: el primer nivel de percepción general de la calidad de un servicio, el segundo de dimensiones primarias y el tercero de subdimensiones. Este modelo multinivel reconoce varias facetas y dimensiones de la percepción de calidad.
- El **modelo multinivel de Brady y Cronin** ¹⁷, en el que cada dimensión de tipo primario (interacción, entorno físico y resultado) tienen tres subdimensiones. La valoración por el consumidor de estas subdimensiones van a dar forma a su percepción de cada una de las tres dimensiones y finalmente a una percepción global sobre la calidad del servicio percibido. Este modelo es el resultado del esfuerzo realizado para integrar los modelos nórdico y americano. Así, dos de las dimensiones de tipo primario son adaptadas del

modelo de Grönroos ¹⁵ (interacción y resultado) y utiliza los conceptos del modelo americano de Parasuraman, Zeithaml y Berry ¹⁹ de fiabilidad, responsabilidad y empatía como descriptores de las nueve subdimensiones (Figura 4).

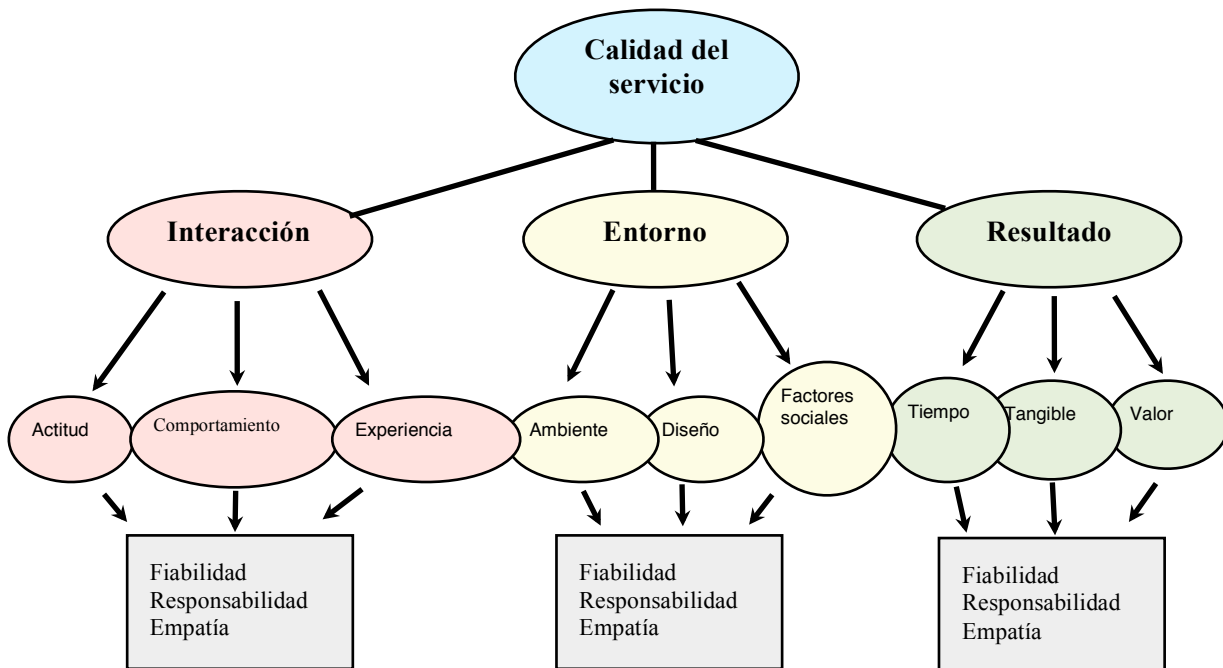


Figura 4. Dimensiones de la Calidad Percibida según modelo multinivel de Brady y Cronin (Adaptado de referencia 17).

- **El modelo de Kang y James** ²³, en el que la calidad de un servicio consta de las dimensiones técnica y funcional y de la función imagen que actúa como filtro en la percepción de la misma. Según el modelo existiría una relación directa entre las dimensiones técnica y funcional y la percepción de calidad además de una indirecta a través de la imagen. Finalmente, la percepción de calidad de un servicio conduciría a la satisfacción del cliente. Aunque confirma la estructura de cinco factores del modelo americano, los autores consideran que éstos sólo integran la dimensión funcional, por lo que introducen también la dimensión técnica y la función imagen confirmando la estructura del modelo europeo (Figura 5).

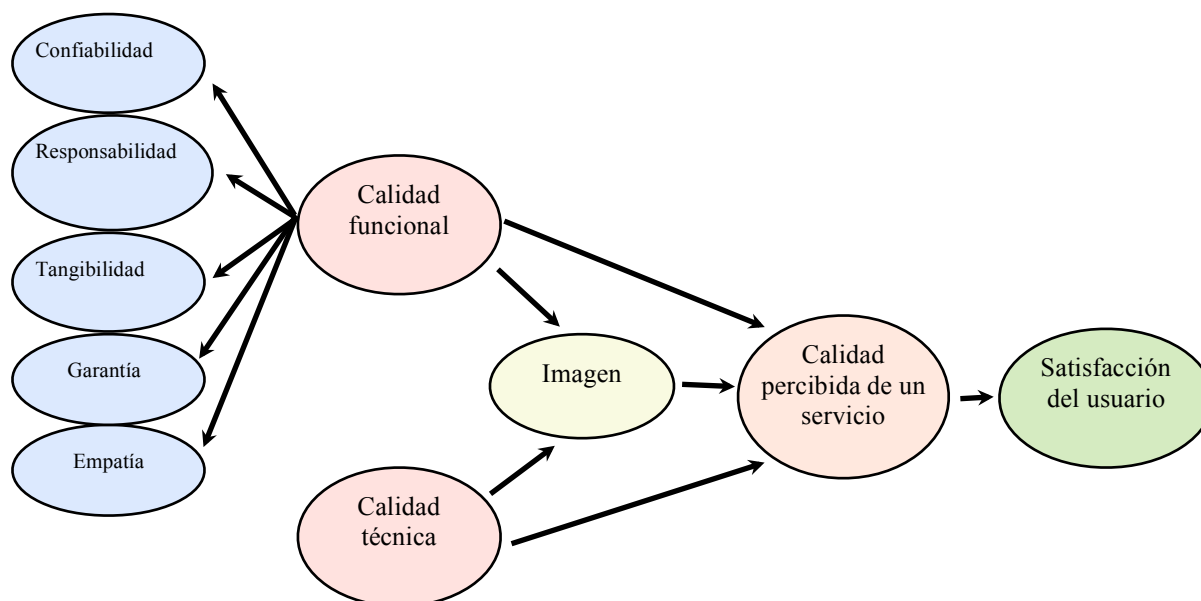


Figura 5. Dimensiones de la Calidad Percibida según modelo de Kang y James
(Adaptado de referencia 23).

A pesar de la formulación de diferentes modelos, no existe un acuerdo unánime en cuanto a la definición y conceptualización de las dimensiones potencialmente cuantificables del concepto Calidad Percibida. En la actualidad la proposición de Parasuraman ²⁴ es la más extendida.

1.1.1.4. Calidad de un servicio y satisfacción del usuario.

Parece no cuestionable la proposición de que la percepción del consumidor y la valoración de lo que ha recibido impacta en su propia sensación de satisfacción y predisposición a repetir la relación de clientela y mantener la fidelidad al proveedor. La relación entre calidad de un servicio, satisfacción del cliente, conservación del cliente y rentabilidad para la empresa parece quedar clara ^{25,26}.

Se han hecho notables esfuerzos en mejorar el conocimiento práctico de los conceptos Calidad de un Servicio y Satisfacción del Usuario, así como en la investigación de la relación entre ambos que, en última instancia, va a tener un resultado en el comportamiento del cliente (fidelidad con la empresa, transmisión de la información, etc.) ^{27,28}.

El esclarecimiento de la relación entre ambos conceptos tiene particular relevancia ya que ofrece luz sobre el proceso cognitivo y emocional que finalmente desemboca en el comportamiento del consumidor. Es decir, mientras que ambos conceptos son evaluaciones

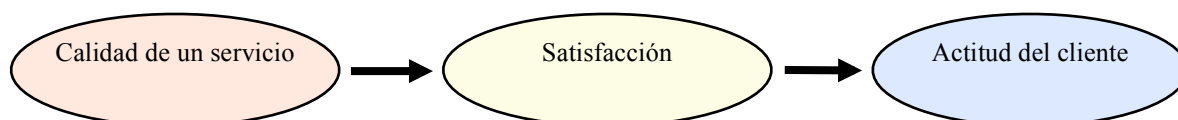
globales del propio servicio existe una aparente distinción en sus atributos cognitivos y afectivos ²⁹.

La calidad de un servicio es principalmente un constructo cognitivamente orientado en el que tres o más factores son evaluados resultando en una percepción general del mismo ^{21,19}. Por el contrario, el constructo satisfacción es principalmente una reacción afectiva a una relación de servicio ²⁹.

Mientras existe acuerdo unánime respecto a que la prestación de un servicio de gran calidad y el logro de un alto grado de satisfacción en el usuario son dos pilares importantes de la gestión de cualquier empresa ¹⁹, ha habido dudas sobre el orden en que estos dos conceptos se relacionan y la influencia que ejercen en el comportamiento del consumidor finalmente ^{28,30}. Se han propuesto tres competitivas teorías sobre esta relación (Figura 6):

1. **La calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción que directamente afecta al comportamiento del consumidor.** Esta corriente sugiere que los proveedores de servicios deben ofrecer alta calidad, que desembocará en un nivel elevado de satisfacción, siendo éste el método más efectivo de provocar conductas favorables por parte del cliente ³¹.
2. **Existe un vínculo directo entre la calidad del servicio y las intenciones del usuario siendo la satisfacción un antecedente de la calidad.** La base de esta teoría la constituye la idea de calidad como “excelencia o superioridad”, como concepto que engloba la totalidad de la valoración del proceso de prestación de un servicio y que se relaciona directamente con la actitud del cliente ³².
3. **La secuencia temporal varía según la situación.** Según las características del propio cliente (más emocional o más práctico) o el tipo de servicio (hospital o tienda) la secuencia causal puede ser de satisfacción a calidad o viceversa ³³.

Teoría 1



Teoría 2

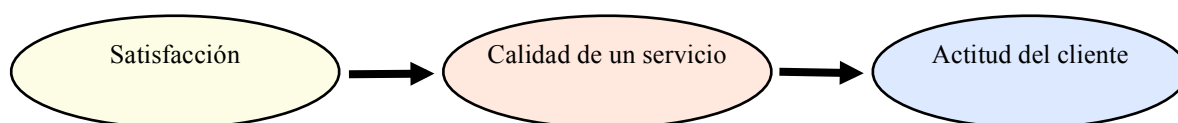


Figura 6. Teorías sobre la relación entre Calidad de un Servicio y Satisfacción del Usuario (Adaptado de referencia 31).

1.1.2. La calidad de la atención sanitaria.

Tradicionalmente se ha asimilado el concepto de calidad asistencial con el cumplimiento de normas y estándares científico-técnicos de igual manera que sucedía en el ámbito de las mercancías y los servicios en general, sin embargo, de forma más reciente se concibe la calidad asistencial como la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario. Desde esta nueva perspectiva para poder aumentar la calidad de la asistencia sanitaria parece esencial que los profesionales sanitarios conozcan y asuman las expectativas y necesidades de sus pacientes ³⁴. La necesidad de conocer la perspectiva del paciente no es nueva, sin embargo, la aspiración a una atención centrada en el paciente ha reafirmado lo esencial que se hace para clínicos y gestores conocer sus experiencias y actuar para conseguir mejorarlas ³⁵.

Conseguir valorar la calidad de la atención sanitaria midiendo la experiencia de los pacientes no es una tarea fácil. En primer lugar, existe confusión entre los términos experiencia, percepción y satisfacción. En segundo lugar, los instrumentos utilizados para medir la experiencia del paciente deben demostrar de forma teórica y empírica que efectivamente lo hacen (validez). Y por último los instrumentos de medidas deben conseguir resultados consistentes y reproducibles (fiabilidad) y poder usarse en la práctica real ³⁶.

1.1.2.1. Definición y componentes de la calidad de la atención sanitaria.

A nivel de la atención sanitaria la definición de calidad también se ha convertido en una tarea difícil, probablemente más que en otro tipo de servicios ya que el propio consumidor y su calidad de vida se ven sometidos a evaluación ³⁷. Ha sido definida de diferentes formas, unas genéricas, como un concepto único más o menos complejo, y otras como una entidad multidimensional formada por varios componentes individuales. Sin embargo, de igual manera que en la industria en general, en la sanitaria se convierte en esencial para la consecución del bienestar del paciente y para su supervivencia económica como organización.

En 1990 el Instituto de Medicina de Estados Unidos de América (EEUU) define la calidad en la atención sanitaria como el “grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados tanto a nivel individual como poblacional siendo consistentes con el conocimiento profesional actual” (*“Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health*

outcomes and are consistent with current professional knowledge.”) ³⁸. Esta definición tiene las siguientes características: incluye una escala de medida (“...grado en que...”); abarca a un amplio rango de elementos de la atención sanitaria (“...servicios de salud...”); identifica tanto al individuo como a la población como destinatarios de los esfuerzos en control de la calidad; es orientada a un objetivo (“...aumentan...resultados de salud...”); reconoce un atributo estocástico al resultado (probabilidad) aunque valora el beneficio neto esperado (“...aumenta la probabilidad...”); subraya la importancia del resultado y relaciona el proceso con el resultado (“los servicios de salud...aumentan...resultados”); destaca la importancia del paciente como individuo y las preferencias de la sociedad valorando y dando a entender que ambos son considerados y tenidos en cuenta en las decisiones sobre en política de salud (“...resultados de salud deseados...”); y recalca las limitaciones impuestas a las actuaciones de los profesionales en cuanto al estado de la técnica y de los conocimientos médicos y científicos, presuponiendo que debe ser dinámico y que los proveedores de salud son responsables del uso del mejor conocimiento disponible (“...consistente con el conocimiento profesional actual”).

Siguiendo esta definición se espera que los proveedores de cuidados obtengan beneficios netos, haciendo más bien que daño, dado el riesgo conocido, cuando se compara con la mejor alternativa de cuidado. A la vez, este beneficio es esperado que refleje consideraciones de satisfacción y bienestar del paciente, medidas de estado de salud o de calidad de vida y la relación paciente-proveedor de salud, así como la toma de decisiones. La prestación de la atención sanitaria debe reflejar el uso apropiado de los conocimientos más actuales científicos, técnicos, interpersonales, manuales, cognitivos, organizacionales y administrativos.

El reconocimiento de la importancia del mercado dio lugar a definiciones de la calidad en la atención sanitaria como aquella que cumple las expectativas de los pacientes o usuarios del sistema sanitario ³⁹.

Por otro lado, si se considera que el derecho a la salud está universalmente reconocido y protegido ⁴⁰, la calidad de la atención sanitaria debe ir más allá del cumplimiento y la satisfacción de las expectativas del paciente ⁴¹. De acuerdo con *the Agency for Healthcare Research and Quality (U.S. Department of Health and Human Services)*, calidad es hacer lo correcto, en el momento correcto, de la forma correcta, por la persona adecuada, obteniendo el mejor resultado posible ⁴².

La adhesión a los conceptos propuestos por el Instituto de Medicina de EEUU como definitorios de la calidad de la asistencia sanitaria a las expectativas de los pacientes, como

otra dimensión de la misma, daría lugar a una definición amplia y exhaustiva. De esta forma podría decirse que la calidad de la asistencia sanitaria consiste en el grado en que los servicios de salud aumentan la posibilidad de los resultados de salud deseados desde el punto de vista individual y poblacional (principios de calidad), siendo consistentes con los conocimientos profesionales actuales (habilidad y experiencia profesional) y satisfacen las expectativas de los usuarios (mercado) ⁴³.

En el año 2001 el Instituto de Medicina de Estados Unidos publica el informe “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” ⁴⁴, que apela a la necesidad de un giro fundamental en el sistema sanitario de dicho país. Afirmaba que entre la atención sanitaria con la que contaban y la que podría tener no había una simple brecha, sino más bien un abismo. En dicho informe se reconocía una serie de factores que contribuyeron a tal desfase, como el rápido avance de la ciencia y tecnología médica en la segunda mitad del siglo pasado, dando lugar a un aumento en la complejidad de la prestación sanitaria que pasó a caracterizarse por más por saber, más por hacer, más por gestionar, más por ver y más personas involucradas que nunca. Y ante estos cambios el sistema sanitario fallaba en la habilidad de trasladar los rápidos avances a la práctica y en aplicar las nuevas tecnologías de una forma segura y apropiada.

En respuesta a los amplios y persistentes fallos en la calidad de la asistencia sanitaria el Comité de Calidad de la Atención Sanitaria de América (*the Committee on the Quality of Health Care in America*) ⁴⁴ lanza el reto de conseguir un cambio tanto en el servicio que se presta cómo en el entorno político en el que se desarrolla dicha prestación. Para ello presenta una exhaustiva estrategia y un plan de acción para las décadas venideras. El cambio debía iniciarse a todos los niveles del sistema (profesionales de la salud, directores, gerentes, gobernantes, políticos y consumidores, tanto del medio público como del privado) y debía tener como fin la continua reducción las enfermedades, daños y discapacidades y la mejora de la salud y la funcionalidad de los ciudadanos norteamericanos. Propone seis componentes que deben definir la calidad de la asistencia sanitaria:

- Seguridad: debe evitarse los daños en el paciente causados por los propios cuidados.
- Efectividad: debe proveerse servicios que, según el conocimiento científico, proporcionen al paciente un beneficio.
- Cuidados centrados en el paciente: debe proporcionarse servicios que respondan a las preferencias, necesidades y valores, asegurándose que todas las decisiones clínicas están guiadas por las preferencias del paciente.

- Optimización del tiempo: debe reducirse la demora tanto en el que recibe como en el que proporciona el cuidado.
- Eficiencia: debe evitarse el gasto innecesario de equipamiento, servicios, ideas y energía.
- Equidad: debe proporcionarse un servicio de igual calidad independientemente de las características de las personas atendidas como género, raza, procedencia geográfica o nivel socioeconómico.

Donabedian ⁴⁵, figura líder en la teoría y en la práctica de la calidad de la atención sanitaria, la define como “la esperada habilidad de conseguir los mejores posibles beneficios netos de acuerdo con la valoración de los individuos y de la sociedad”. Sugiere que existen múltiples fórmulas posibles y legítimas de definirla, dependiendo del lugar que se ocupe en el sistema de salud y de la naturaleza y extensión de la responsabilidad que se tenga.

Según Donabedian ⁴⁵, con respecto al médico o sanitario hay dos elementos que forman parte de su función y que definen la calidad desde su punto de vista: uno técnico y otro interpersonal. El rendimiento técnico va a depender de sus conocimientos y habilidades y se van a juzgar en comparación con las mejores prácticas reconocidas como tales. El segundo elemento, la relación interpersonal, va a posibilitar el intercambio de información necesario para llegar al diagnóstico, facilitar la selección del tratamiento y conseguir la colaboración del paciente. Virtudes como la intimidad, confidencialidad, información, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad entre otras son las deseables en la relación con el paciente. La comodidad constituye otro elemento de la calidad de la atención sanitaria, e incluye una serie de atributos deseables en el escenario donde tiene lugar como son conveniencia, bienestar, tranquilidad, intimidad y otras. El autor incluye también en el concepto de calidad la contribución del paciente y otros miembros de su familia en su propio cuidado. Considera que la responsabilidad debe ser compartida entre proveedor y consumidor de la atención. Y como último punto de vista incluye la atención recibida por la comunidad en conjunto. Propone juzgar la distribución social de niveles de calidad en la comunidad, que depende de la facilidad de acceso a la atención pero también de otros factores relacionados con los profesionales, instituciones y los propios pacientes y familiares (Figura 7).

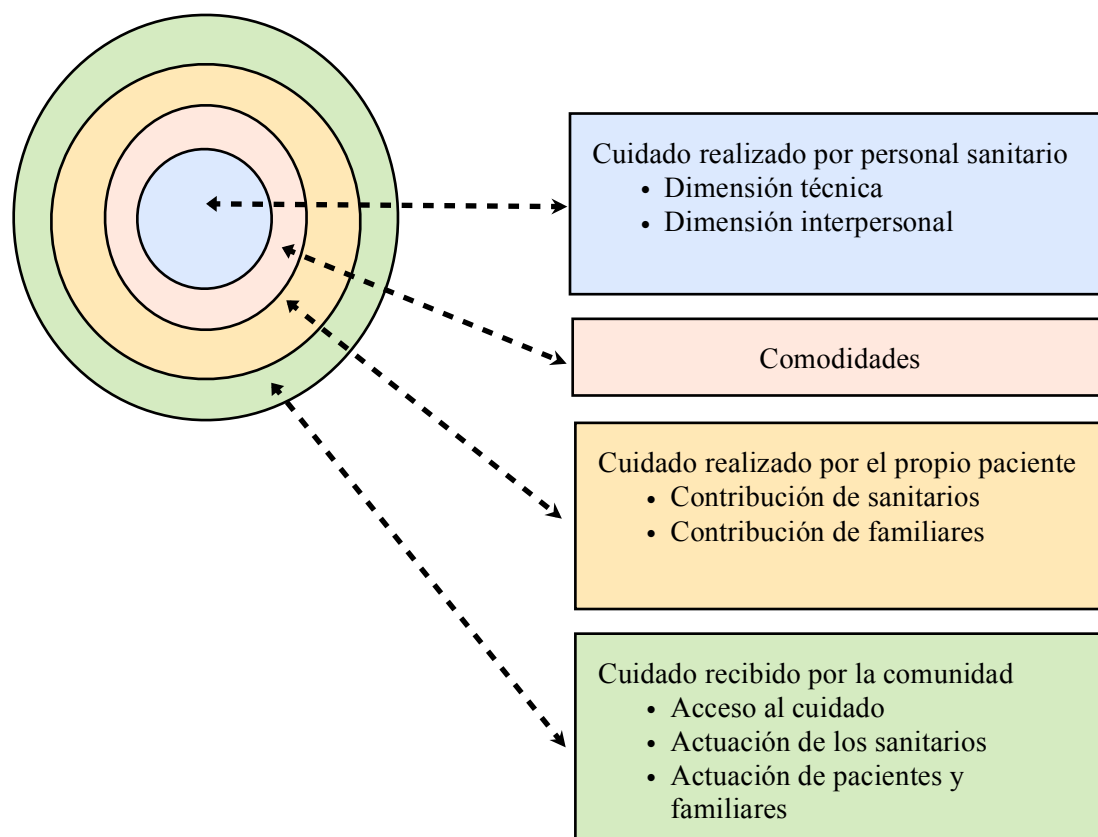


Figura 7. Niveles de valoración de la calidad de la atención sanitaria según Donabedian (Adaptado de referencia 45).

Este autor propone siete atributos que definen la calidad en la atención sanitaria:

- **Eficacia:** habilidad de la atención para conseguir mejorar la salud.
- **Efectividad:** grado en el que se logra alcanzar mejoras en salud.
- **Eficiencia:** habilidad para obtener el mejor resultado al menor coste.
- **Optimización:** mejor balance entre costes y beneficios.
- **Aceptabilidad:** que sea conforme a las preferencias del paciente.
- **Legitimidad:** acorde con la preferencias de la sociedad.
- **Equidad:** justa en la distribución de cuidados y su efectos sobre la salud.

Donabedian ⁴⁶ afirma que los profesionales de la salud deben tener en cuenta las preferencias de los pacientes así como las preferencias de la sociedad en la evaluación y en la consecución de la calidad. Y en el caso en que existan discrepancias entre ambas deben de marcarse el reto de reconciliarlas.

Se han postulado otras definiciones del concepto de calidad en la asistencia sanitaria basadas en enfoques desglosados como la propuesta por Maxwell ⁴⁷ con seis dimensiones, la

del Grupo de Investigación de Servicios Sanitarios (*Health Services Research Group Health*) del *Sunnybrook Health Science Centre* de Toronto (Canadá) ⁴⁸ también con seis dimensiones o la que formularon O'Leary y O'Leary ⁴⁹ nuevamente con seis.

En la Tabla 2 se exponen y comparan estas propuestas.

Maxwell ^a	HSRG ^{b*}	O’Leary y O’Leary ^c	Donabedian ^d	
Accesibilidad	Accesibilidad	Accesibilidad		
	Centrada en paciente	Perspectiva paciente		
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	
	Continuidad/coordinación	Continuidad		
		Eficacia	Eficacia	
				Optimización
			Aceptabilidad	Aceptabilidad
	Legitimidad			
Relevancia				
Equidad			Equidad	

Tabla 2. Definiciones del concepto calidad de la asistencia sanitaria basadas en enfoques desglosados.

* **HSRG:** *Health Services Research Group (Sunnybrook Health Science Centre, Toronto).*

^a Datos de referencia 47.

^b Datos de referencia 48.

^c Datos de referencia 49.

^d Datos de referencia 46.

Cada componente proporciona una visión parcial del concepto de calidad pero en conjunto ofrecen una definición específica del mismo.

Campbell ⁵⁰ propone unificar los componentes del concepto calidad y reducirlos a dos dominios: accesibilidad y efectividad. La calidad de la atención sanitaria a nivel individual se puede reducir a dos preguntas. La primera sería: “¿Puede recibir un individuo la atención que necesita en el momento en que lo necesite?”. La segunda: “¿Es efectivo el cuidado que ha recibido en términos clínico y de relación interpersonal?”. Basándose en esto, define calidad de la atención sanitaria desde el punto de vista del individuo como: “Si la persona puede acceder a la estructura y al proceso de cuidado que necesita y éste es efectivo”. Sin embargo, considera que el enfoque es diferente desde la perspectiva de la población, llegando en determinados momentos a entrar en conflicto con el punto de vista individual. El concepto de calidad desde el punto de vista de la población incluiría además los conceptos de equidad, eficiencia y coste, quedando la definición desde este lugar como: “La habilidad de proporcionar acceso a un cuidado efectivo sobre una base de eficiencia y equidad consiguiendo la optimización en el estado de salud/bienestar de toda la población”.

Para el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido ⁵¹ (*National Health Service-NHS*), desde la perspectiva del paciente, la calidad de la atención debe incluir los siguientes dominios: seguridad del paciente, efectividad del cuidado y experiencia del paciente.

- **Seguridad del paciente:** la primera dimensión de la calidad debe ser evitar el daño del paciente, lo que implica garantizar un ambiente seguro y limpio, reduciendo daños evitables como errores con la medicación o infecciones relacionadas con la propia atención sanitaria.
- **Efectividad del cuidado:** debe asegurarse unas cotas en resultados de la atención; la valoración de estos resultados debe incluir mediciones como índices de mortalidad o supervivencia, o de mejoría clínica, así como la propia valoración de resultados por el paciente (mejoría en dolor, movilidad, retorno a la actividad, habilidad para una vida independiente, etc.).
- **Experiencia del paciente:** puede dar importante información respecto a múltiples aspectos de la atención así como sobre la coordinación entre profesionales y la institución; incluye las características del propio acto de la atención, como el grado de compasión, dignidad o respeto con los que son tratados los pacientes, así como de implicación en las decisiones; la experiencia del paciente parece estar positivamente asociada con los resultados clínicos, subjetivos y objetivos, la adherencia al

tratamiento, el uso de medidas preventivas, el uso de recursos sanitarios, la calidad técnica de la atención sanitaria y la presencia de eventos adversos ⁵².

1.1.2.2. Valoración de la calidad de un servicio sanitario.

Para que un servicio alcance un nivel de calidad adecuado debe, por un lado, cumplir unos estándares mínimos en su prestación desde el punto de vista del profesional sanitario y por otro lado, satisfacer las necesidades y expectativas del cliente o receptor, siendo los criterios establecidos por los pacientes una parte fundamental de la evaluación de la calidad.

El incremento del valor de la perspectiva del paciente en la evaluación de la calidad de los sistemas sanitarios ha hecho que haya cambiado el papel de éste, pasando de ser el de un pasivo receptor de cuidados al de un activo consumidor. Para que el paciente pueda hacer una elección consecuente debe poseer información comparable sobre los proveedores de salud respecto a calidad y seguridad. Sin embargo, la definición de los indicadores y medidores de calidad puede diferir para los distintos estamentos que participan en el proceso ⁵³.

Los pacientes pueden ofrecer una perspectiva complementaria a la de los proveedores y reguladores y deberían participar en el proceso de desarrollo de los criterios de calidad, de sus indicadores y de las formas de medirla ⁵⁴.

Parece lógico concluir que si se pretende medir la calidad de un servicio sanitario habría que hacerlo desde el punto de vista de la institución, constatándose el cumplimiento de estándares o criterios establecidos, y desde el punto de vista del receptor del servicio, conociendo su opinión o valoración del mismo.

En su reconocido modelo sobre calidad de la asistencia sanitaria Donabedian ⁵⁵ distingue tres componentes de ésta: estructura, proceso y resultado. Propone que la información a partir de la cual se puede valorar la calidad de un servicio sanitario debe ser clasificada bajo estas tres categorías:

- **Estructura:** define los atributos del escenario donde el cuidado es proporcionado; incluye dos componentes, recursos materiales (tales como comodidades, equipamiento y dinero) y estructura organizacional (tales como organización del personal o habilidades de los mismos).
- **Proceso:** incluye las actividades desarrolladas para recibir y dar cuidados por parte del usuario y del proveedor respectivamente; por parte del paciente serían las actividades de solicitar y efectuar el propio proceso de cuidado, mientras que por parte del proveedor serían las encaminadas a llegar a diagnósticos y realizar tratamientos.

- **Resultado:** comprende los efectos del cuidado en el estado de salud del paciente y de la población, en el que se incluye la mejora en la educación sanitaria del paciente y la adopción de comportamientos saludables así como el grado de satisfacción con el cuidado recibido.

Estos tres abordajes en la valoración de la calidad de la asistencia sanitaria se interrelacionan de forma que una buena estructura hace posible el desarrollo de un buen proceso que a su vez incrementa la posibilidad de un óptimo resultado. Es necesario, por tanto, tener establecida y reconocida esta relación antes de utilizar cualquiera de sus componentes para valorar la calidad.

Por otro lado, cabría discutir cual de estos tres aspectos de la calidad influye de forma más potente en la valoración de la atención sanitaria por parte del usuario. Su conocimiento podría tener particular relevancia para los profesionales y proveedores de salud ya que podría orientarles sobre cual o cuales de estos componentes deben enfocar sus acciones de mejora con el fin de incrementar la satisfacción del beneficiario. Según varios estudios el componente proceso parece ser el mejor predictor de la valoración general de la calidad de la atención sanitaria, seguido del componente estructura y en último lugar resultado. De lo que se podría deducir que mejorando el proceso y la estructura es muy probable que se produzca un incremento en la valoración general la calidad del servicio prestado ^{53,56,57}.

1.1.2.3. Metodología para la medición de la percepción de calidad de los usuarios en la asistencia sanitaria.

1.1.2.3.1 Metodología SERVQUAL para medir la percepción de calidad de los usuarios en la asistencia sanitaria.

La metodología SERVQUAL surge de un proceso de investigación realizada por Zeithaml, Parasuraman y Berry ⁵⁸ auspiciada por el *Marketing Science Institute (MSI)* de Cambridge, Massachusetts, con el propósito fundamental de realizar un estudio preparatorio sobre la calidad de los servicios en general.

Los estudios exploratorios a través de técnicas cualitativas realizados por Parasuraman, Zeithaml y Berry en 1985 ¹⁴ revelaron que los criterios usados por los consumidores para valorar la calidad de un servicio encajan con diez categorías o dimensiones (tangibilidad, confianza, capacidad de respuesta, comunicación, credibilidad, seguridad, competencia, cortesía, comprensión y accesibilidad). Éstas, junto con sus descripciones, sirvieron de base para crear los ítems de la escala SERVQUAL ¹⁹.

El conjunto inicial de ítems fue de 97, lo que equivalía a unos diez aproximadamente por cada dimensión. A la vez fueron agrupados en dos apartados, uno para medir la expectación del cliente sobre el servicio que iba a recibir y otra para valorar la percepción sobre el servicio finalmente recibido. Cada apartado iba acompañado de una escala de siete puntos, donde el punto 7 significaba “totalmente de acuerdo” y el punto 1 “totalmente en desacuerdo”.

Tras un proceso de recogida de datos y de purificación de la escala finalmente se desarrolló una de cinco dimensiones. Tres de ellas estaban en el proyecto original y dos eran el resultado de la combinación de otras, por lo que SERVQUAL de cinco dimensiones recoge la conceptualización de las diez originales. Fueron:

1- Tangibilidad: apariencia de las instalaciones, del equipamiento, del personal y de los materiales divulgativos.

2- Confiabilidad: capacidad de desarrollar el servicio prometido de forma fiable, cuidadosa y con precisión, es decir, capacidad de cumplir con las promesas realizadas.

3- Capacidad de respuesta o Responsabilidad: disposición a ayudar a los usuarios y de prestar un servicio rápido, cumpliendo rigurosamente los plazos preestablecidos.

4- Garantía: conocimiento del servicio prestado, cortesía mostrada por los empleados y habilidad para transmitir credibilidad y confianza al usuario.

5- Empatía: preocupación por prestar una atención individualizada al cliente y capacidad de percibir las sensaciones de los usuarios como si fuesen propias.

En esta escala depurada el número de ítems quedó reducido 22 para el apartado “Expectativas” y otros 22 para el apartado “Percepción”. Finalmente la evaluación de la calidad del servicio se obtiene del cálculo de la diferencia entre las puntuaciones que los usuarios dan a los ítems correspondientes a las expectativas y las que dan a los ítems correspondientes a las percepciones (Tabla 3).

Dimensión	Preguntas
Tangibilidad	1. La empresa de tiene equipos de apariencia moderna. 2. Las instalaciones físicas de la empresa son visualmente atractivas. 3. Los empleados de la empresa tienen apariencia pulcra. 4. La apariencia de elementos materiales son adecuados al servicio que presta.
Confiabilidad	5. La empresa hace lo que ha prometido en un tiempo razonable. 6. La empresa muestra interés en solucionar el problema del cliente. 7. La empresa realiza bien el servicio la primera vez. 8. La empresa concluye el servicio en el tiempo prometido. 9. La empresa se esfuerza en mantener registros sin errores.
Responsabilidad	10. Los empleados comunican a los clientes el momento en que concluirá la prestación de un servicio. 11. Los empleados de la empresa ofrecen un servicio rápido. 12. Los empleados de la empresa están siempre dispuestos a ayudar a los clientes. 13. Los empleados están siempre dispuestos a responder las preguntas de los clientes.
Garantía	14. El comportamiento de los empleados de la empresa transmite confianza a sus clientes. 15. Los clientes se sienten seguros en sus transacciones con la empresa. 16. Los empleados de la empresa son siempre amables con los clientes. 17. Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes.
Empatía	18. La empresa de servicios da a sus clientes una atención individualizada. 19. La empresa tiene horarios de trabajo convenientes para sus clientes. 20. La empresa tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes. 21. La empresa se preocupa por el mejor interés de sus clientes. 22. La empresa comprende las necesidades específicas de sus clientes.

Tabla 3. Dimensiones y preguntas del cuestionario SERVQUAL. (Adaptado de referencia 58).

Sin embargo, pese al gran interés que despertó este instrumento, no estaba exento de ciertos problemas metodológicos. Por ejemplo no se pudo corroborar la estructura de cinco factores sugerida por sus autores, la escala de expectativas no demostró suficiente validez predictiva, la versión ponderada no supuso ventaja metodológica alguna y se constató que la escala de percepciones parecía reunir mayor validez discriminante y mayor capacidad predictiva que la puntuación SERVQUAL calculada a partir de la diferencia entre expectativas y percepciones ^{59,60}.

Siendo conscientes de estos problemas los autores, Parasuraman, Zeithaml y Berry^{61,62}, buscaron diferentes alternativas a su cuestionario SERVQUAL con la intención de superar las principales críticas. En esta línea rediseñaron su cuestionario y sugirieron una forma alternativa de respuesta combinando expectativas y percepciones en una misma escala.

El uso del cuestionario SERVQUAL se hizo también extensivo al sector sanitario ⁶³. En España se utilizó en el sector público y se analizó sus propiedades métricas en diferentes estudios. Las conclusiones de éstos coinciden en señalar la constatación de diversos problemas de tipo metodológico como la dificultad de medir expectativas, la dificultad de los encuestados en entender las escalas de respuesta y el fallo en la capacidad predictiva del valor de la diferencia entre expectativas y percepciones. Esto llevó a la creación de un nuevo cuestionario para medir la calidad de la atención hospitalaria basado en SERVQUAL pero adaptado al nuevo formato sugerido por sus creadores con la intención de superar las dificultades metodológicas del cuestionario original y que se denominó SERVQHOS ⁶⁴.

Este cuestionario fue propuesto por la Subdirección General de Atención Especializada ⁶⁴ (SGAE) para cumplir uno de los objetivos del Programa de mejora de la calidad en los hospitales (Plan de Calidad del Contrato de Gestión de 2001, "La calidad percibida y los derechos de los pacientes") que consistía en implantar y divulgar una encuesta común para todos los hospitales.

La herramienta SERVQHOS ha sido validada como encuesta en posthospitalización y abarca los elementos básicos de la evaluación de la calidad percibida. La idea central del uso de este tipo de cuestionarios es ayudar a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria detectando aquellas áreas que, a juicio de los pacientes, no funcionan adecuadamente. La escala de respuestas de este cuestionario combina expectativas y percepciones de tal modo que, respetando la "hipótesis de la desconfirmación", se obtiene una puntuación que es la estimación de la diferencia entre expectativas y percepciones ⁶⁵.

En base a la subjetividad del cuestionario SERVQHOS ⁶⁵ gira en torno a dos dimensiones:

- Calidad subjetiva: difícil de ser comprobada, como la opinión del paciente, el trato recibido, la amabilidad, el interés del personal, etc.
- Calidad objetiva: susceptible de ser comprobada, como es el estado de las habitaciones, la accesibilidad, la información al paciente, etc.

El cuestionario principal consta de 19 preguntas que se agrupan en dos bloques: 10 preguntas valoran la calidad subjetiva (referente a la cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional) y 9 preguntas valoran la calidad objetiva (referentes a aspectos más tangibles, tales como el estado de las habitaciones o la fiabilidad de los horarios). El paciente puntúa cada una de estas preguntas, con respuestas del tipo escala de Likert con valores que van de 1 (mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que esperaba) (Tabla 4).

Dimensiones y aspectos valorados	Preguntas
Calidad Objetiva	Calidad Objetiva
Tecnología biomédica	La tecnología de los equipos médicos para diagnóstico y tratamiento ha sido
Aspecto personal	La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido
Señalización intrahospitalaria	Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido
Puntualidad de las consultas	La puntualidad en las consultas médicas ha sido
Comodidad de las habitaciones	El estado el que están las habitaciones del hospital ha sido
Información dada por el médico	La información que los médicos proporcionan ha sido
Tiempo de espera	El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido
Señalización extrahospitalaria	La facilidad para llegar al hospital ha sido
Información a familiares	La información que los médicos dan a los familiares ha sido
Calidad subjetiva	Calidad subjetiva
Interés por solucionar problemas	El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido
Interés por cumplir promesas	El interés del personal por cumplir lo comprometido ha sido
Rapidez de respuesta	La rapidez con que consigue lo que necesita o pide ha sido
Disposición para la ayuda	La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido
Confiabilidad y seguridad	La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido
Amabilidad del personal	La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido
Preparación del personal	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido
Trato personalizado	El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido
Comprensión de necesidades	La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido
Interés de enfermería	El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido

Tabla 4. Dimensiones y aspectos valorados en el cuestionario SERVQHOS

También basado en el modelo SERVQUAL surge el cuestionario SERCAL ⁶⁶ desarrollado a partir de una metodología cualitativa y cuantitativa y adaptado al sector sanitario, siendo su objetivo valorar la calidad percibida por los usuarios de servicios de salud en torno a cinco dimensiones:

- **Servicio accesible:** transporte, aparcamiento, teléfono de atención, trámites, tiempo de en la atención, etc.
- **Servicio confortable:** estado y estado de las instalaciones, comodidades, indicaciones, etc.
- **Servicio personalizado:** competencia del personal para atender al usuario, amabilidad, respeto, capacidad de escucha, coordinación entre profesionales, capacidad de solucionar problemas, etc.).
- **Servicio de garantía:** confianza, tecnología, información, seguridad, etc.
- **Fidelidad con el servicio:** disposición a volver a utilizar el servicio y a recomendarlo, etc.

Las dimensiones servicio accesible y servicio confortable se corresponderían con la dimensión tangibilidad del cuestionario SERVQUAL; la dimensión servicio personalizado con empatía de SERVQUAL; y la dimensión servicio de garantía agruparía a responsabilidad, confiabilidad y garantía de SERVQUAL. Estas cuatro dimensiones son valoradas con respuestas tipo escala de Likert.

La dimensión fidelidad con el servicio no parece corresponderse con ninguna dimensión de SERVQUAL y pretende hacer una valoración de la calidad que ha percibido el usuario a través de la manifestación de sus intenciones de continuar utilizando el servicio, elegirlo frente a otros y recomendarlo a personas cercanas. Esta dimensión es valorada con preguntas de respuestas cerradas tipo dicotómicas o policotómicas.

El cuestionario SERCAL ha sido adaptado y usado para la valoración de calidad percibida en diferentes áreas de la atención sanitaria como en atención primaria ⁶⁷, servicio de urgencias ⁶⁸, servicio de cirugía general ⁶⁹ o en una unidad de cirugía mayor ambulatoria ⁷⁰.

1.1.2.3.2 La escala de Likert para medir la percepción de calidad de los usuarios en la asistencia sanitaria.

La escala de Likert, creada en 1932 por el Dr. Resin Likert ⁷¹, consiste en una herramienta ampliamente utilizada en la investigación social que se fundamenta en la utilización de un cuestionario compuesto por una serie de ítems que tratan de reflejar la

actitud de los individuos estudiados, entendiendo como actitud “la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones sobre un determinado asunto” ⁷². La escala en sí es el resultado de la suma de las respuestas a cada ítem que a su vez miden los distintos componentes o dimensiones de la actitud. Se trata pues de una escala sumativa en la que todos los ítems miden con la misma intensidad los distintos componentes de la actitud que se pretende finalmente conocer. Por tanto, se denomina elemento tipo Likert a cada uno de los ítems, mientras que hablamos de escala tipo Likert cuando nos referimos al resultado de la suma de estos elementos ⁷³.

Para cada ítem de la escala el entrevistado muestra su grado de acuerdo o desacuerdo utilizando un rango de valores semánticos de tipo ordinal, que en el modelo inicial contenía cinco niveles, pero que puede extenderse a siete e incluso once niveles de respuestas. Estas respuestas pueden ser automáticamente convertibles en valores numéricos con designación conceptual, lo que permite su análisis. Ofrece la posibilidad de dar un valor que denote indiferencia, así como valores que signifiquen aprobación o desaprobación. Entre sus ventajas está la posibilidad de construir cuestionarios fáciles y de proporcionar las mismas respuestas a todas las preguntas o enunciados del mismo ⁷⁴. Un ejemplo sería:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

A pesar de su uso extendido, esta escala presenta un importante inconveniente a la hora de interpretar sus resultados ya que para muchos autores los cuantificadores utilizados se encuentran sólo a un nivel ordinal de medida ^{75,76}. Bajo este supuesto el uso de técnicas paramétricas para su análisis puede resultar comprometido ⁷⁷. Sin embargo, hay autores que consideran que los resultados pueden ser analizados, y de hecho lo son, como una escala de intervalo por lo que podrían someterse a más tipos de análisis ⁷⁸.

1.1.3. Satisfacción del usuario con la atención sanitaria.

1.1.3.1. Definición y componentes de la satisfacción del usuario.

A mediados del siglo XX la satisfacción del paciente empieza a ocupar un papel esencial en la valoración de la calidad de la asistencia sanitaria. El diseño de los procesos asistenciales ha cambiado sustancialmente cuando los clínicos han empezado a preocuparse

por satisfacer no sólo las necesidades de los pacientes sino también sus expectativas ⁷⁹. El paciente pasa a considerarse participante en la producción de cuidados de salud tanto por contar con su opinión como por promoverse en él la toma de decisiones responsables sobre su propia salud ⁸⁰.

En 1991 Hannu Vuori ⁸¹, responsable del departamento de Epidemiología, Estadística e Investigación de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cita a Molière quien definió la medicina como “una comedia en tres actos: el paciente, el médico y la enfermedad”, y reconoce el hecho de que los profesionales de la salud frecuentemente olviden a uno de los actores, el paciente. Afirma además que si se acepta la definición de salud de la OMS como el estado de bienestar físico, psíquico y social, se debe admitir el papel que desempeñaría la satisfacción del paciente en la consecución de la misma. Considera que un paciente insatisfecho no alcanza un completo estado de bienestar mental, luego el sistema sanitario no ha cumplido su objetivo. La percepción de calidad por parte del usuario determina su satisfacción y guía su comportamiento y sus hechos.

Se ha propuesto la satisfacción del paciente como un instrumento de medida de resultado de la calidad asistencial y de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente ⁸². El punto de vista del paciente se ha ido introduciendo de forma creciente en la monitorización de la asistencia sanitaria y en la legitimación de las políticas de salud ⁸³.

La valoración de la satisfacción del usuario se hace clave para medir el éxito alcanzado por cualquier organización que preste servicios ya que del grado de satisfacción habitualmente se deriva una mayor o menor utilización de los mismos. En el caso de un servicio sanitario público el grado de satisfacción del usuario suele ser indicador de los resultados alcanzados en el receptor del servicio con la particularidad de éste participa en la configuración y financiación del propio sistema ⁸⁴. La satisfacción del paciente ha llegado a verse como una parte de los resultados en calidad junto con los resultados clínicos, los económicos y en calidad de vida ⁸⁵.

A pesar del aumento de la popularidad de la satisfacción del paciente como herramienta de valoración del proceso de prestación de asistencia sanitaria y de sus resultados no existe consenso en cuanto a la definición de la misma.

Ware y colaboradores ⁸⁶ consideran la satisfacción del paciente como la respuesta subjetiva del mismo ante el cuidado recibido estando condicionada por sus preferencias y sus expectativas.

Linder-Pelz ⁸⁷ define satisfacción como la evaluación positiva a las distintas dimensiones de la atención sanitaria. Considera que está mediatizada por sus creencias y valores con respecto a la asistencia sanitaria así como sus esperanzas sobre ésta.

Fitzpatrick y Hopkins ⁸⁸ argumentan que las expectativas de la persona que recibe la atención están socialmente mediatizadas y reflejan el concepto de salud que tiene, siendo la satisfacción un resultado del grado en el que la enfermedad y la propia atención sanitaria pueden transgredir la percepción que tiene de sí misma.

Donabedian ⁴⁵, en su modelo de valoración de la calidad de la asistencia sanitaria basado en los tres componentes de ésta, estructura, proceso y resultado, incluye la satisfacción como parte de este último. Basándose en este modelo la satisfacción del paciente podría definirse como una medida de los resultados desde el punto de vista del paciente.

Se han estudiado los factores que pueden influir en la satisfacción del paciente los cuales podrían ser clasificados en tres categorías ⁸⁹:

- **Categoría A:** características del paciente.
- **Categoría B:** características de la organización sanitaria.
- **Categoría C:** características de la relación entre paciente y profesional sanitario.

Dentro de las características del paciente se incluyen los elementos socio-demográficos, el estado de salud y la expectativa con respecto al servicio que van a recibir. Entre los elementos socio-demográficos, la edad juega un importante papel de forma que los pacientes mayores manifiestan niveles más altos de satisfacción. También se ha observado que los pacientes con bajo nivel educacional manifiestan mayores niveles de satisfacción. Respecto al género no hay resultados claros sobre su influencia sobre el nivel de satisfacción al igual que ocurre con el nivel económico ⁹⁰. El estado de salud ha demostrado también relación de forma que mejores niveles en salud se correlacionan con más altos niveles de satisfacción ⁹¹. Y por último el grado de satisfacción alcanzado parece relacionarse directamente con el cumplimiento de las expectativas del paciente ⁹².

Respecto a las características de la organización sanitaria incluiría el acceso, burocracia, organización, instalaciones o comodidades. Los factores implicados en la satisfacción varían según los estudios, desde aquellos que detectan mayor relación con la comodidad respecto a otros como la información o coordinación ⁹³, a los que encuentran mayor grado de insatisfacción con relación a la demora en los procesos de registro o alta ⁹⁴.

Respecto a la categoría C existe consistente evidencia de que el más importante determinante de la satisfacción es la relación entre paciente y profesional sanitario. Los aspectos más relacionados con un mayor grado de satisfacción son: una atención

personalizada, el nivel de afectividad en la relación, comportamientos que generan confianza, así como una actitud de impartir información, oír y hacer partícipe al paciente de las decisiones ⁹⁵.

1.1.3.2. Valoración de la satisfacción del usuario con la atención sanitaria.

El hecho de la creciente importancia que está adquiriendo la valoración de la satisfacción del paciente no es una sorpresa. Dado el alto coste de la atención sanitaria, asegurar que el servicio que se presta es de alta calidad llega a ser de gran importancia. Los métodos de autoevaluación se están introduciendo como una parte integral del sistema sanitario con el propósito de asegurar que éste es efectivo, eficiente, equitativo, basado en el paciente, oportuno en el tiempo y seguro en su prestación. La estructura de la organización sanitaria, el proceso de prestación del cuidado y la calidad de sus resultados están convirtiéndose en el foco de los esfuerzos de evaluación. La medición de la satisfacción del paciente es uno de estos métodos cuyo uso, sobre diferentes tipos de proveedores de salud, se ha incrementado considerablemente en los últimos años ⁹⁶.

Las aseguradoras, los gobiernos y cuerpos reguladores, las asociaciones de defensa de los pacientes y el público en general han puesto gran interés en oír la voz del paciente reflejada en la medida de su satisfacción. Para las organizaciones sanitarias este interés se ve incrementado ya que las encuestas de satisfacción han sido utilizadas para hacer mejoras en los procesos de prestación de servicios y de la calidad de los servicios en sí, para determinar compensaciones para los profesionales sanitarios, así como para utilizarse como herramienta de marketing en el caso de instituciones privadas. La satisfacción del paciente es uno de los criterios establecidos como medida del éxito en la prestación de servicios por los hospitales así como una importante medida de la eficiencia de los proveedores de salud ⁹⁷.

Un largo número de estudios postulan que la evaluación de la satisfacción es una herramienta importante para la investigación, diseño y desarrollo de los servicios sanitarios dado que la información procedente del paciente (feedback) puede ser usada sistemáticamente en la elección de alternativas de métodos organizativos o de prestaciones sanitarias ⁹⁸. Pero no es sólo importante para guiar las mejoras en el servicio sino que además la experiencia con el cuidado puede relacionarse con el resultado clínico y el coste ⁹⁹. Una revisión sistemática de 55 estudios en atención primaria y hospitalaria encuentra una consistente asociación positiva entre la experiencia del paciente, la seguridad y la eficacia clínica en un amplio rango de patologías ⁵².

El uso de los formularios de quejas y reclamaciones tienen un largo historial en los sistemas de salud como medida del grado de insatisfacción de los pacientes, sin embargo, es en las últimas décadas cuando comienza a hacerse uso de los cuestionarios de satisfacción como instrumento de medida de la calidad de la atención sanitaria. Incluso se llega a proponer la existencia de un vínculo entre esta medida y la seguridad del paciente. La medición de la satisfacción del paciente, a través de encuestas o cuestionarios de satisfacción, ha ayudado a incorporar la perspectiva de éste como un camino para crear una cultura donde el propio servicio es considerado un fin de la prestación sanitaria. La medición de la satisfacción y de las quejas de los pacientes son un intento de capturar los elementos de la calidad conforme a las expectativas de éstos. Estos elementos incluyen: “el arte del cuidado” (actitud en el cuidado); calidad técnica del cuidado; accesibilidad y conveniencia; financiación; estado de las instalaciones; disponibilidad; continuidad de la prestación; eficacia y resultado del servicio prestado. Los cuestionarios de satisfacción y las cartas de reclamación o quejas son utilizados por los servicios sanitarios en todo el mundo. La herramienta en sí puede variar en forma y orientación. Su efectividad depende de su diseño, su aplicabilidad en el contexto de cada servicio y de su uso como promotor de cambios en el sistema ⁸⁹.

En el sector de la salud, la importancia de valorar la satisfacción del paciente está claramente reconocida habiendo sido estudiada y medida extensamente como un constructo independiente y como un componente de los resultados en calidad. A pesar de lo cual se trata de un concepto multidimensional, no claramente definido y que forma parte de un complejo modelo no totalmente perfilado ⁸⁵.

Aún habiéndose utilizado los cuestionarios de satisfacción como método de valoración de la asistencia por los pacientes, hasta épocas recientes no se ha estudiado su validez como instrumento para tal fin. Se ha comprobado que adolece de mínimas posibilidades de estandarización, baja fiabilidad y validez incierta. Sin embargo, existe cierta confusión en la literatura ya que sigue utilizándose la satisfacción como un sustituto de la percepción de la calidad del servicio por parte del paciente a pesar de ser éste un constructo diferente y superior. Probablemente esté más justificado el uso de la calidad percibida como instrumento de valoración del servicio recibido que la propia satisfacción ¹⁰⁰.

Habitualmente la calidad de un servicio es considerada como un concepto básicamente cognitivo, mientras que satisfacción tendría un componente afectivo unido al cognitivo ¹⁰¹. La satisfacción es vista como una respuesta actitudinal a la valoración que hace el paciente del servicio que ha recibido. Aunque la percepción de calidad puede actualizarse en cada

experiencia con un servicio su valor tiende a ser más duradero que el de satisfacción que es entendida como una valoración transitoria que refleja sólo el encuentro actual ¹⁰².

No obstante, parece haber clara evidencia que la asociación entre percepción de calidad de la atención sanitaria, satisfacción y confianza del usuario existiendo una relación indirecta entre calidad del servicio y la confianza del usuario mediada por la satisfacción ¹⁰³. También se ha propuesto la mediación de la satisfacción del paciente entre la percepción de calidad y el comportamiento de los mismo, incluyendo la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las recomendaciones de los sanitarios ¹⁰⁴. Este sentido en la relación entre calidad y satisfacción es equiparable al defendido por otros autores en los estudios de mercado sobre el sector de servicios en general en los que la calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción del usuario y ésta influye sobre las intenciones del consumidor^{27,105,106}.

La satisfacción puede medirse o valorarse mediante el uso de constructos específicos que representan satisfacción pero también, dada la dificultad en establecer una definición del concepto y la dificultad en su cuantificación, una forma común de valorarla es hacerlo indirectamente a través de la experiencia del usuario con la atención recibida o con el funcionamiento del sistema, preguntándole sobre su satisfacción con cada uno de los parámetros que representan la calidad de un servicio sanitario. Otra indirecta podría ser preguntar al usuario su intención de recomendar o de volver a utilizar el mismo servicio ^{95,103}.

Según Hawthorne ⁸³, el concepto de satisfacción del paciente cubre todos los aspectos de la calidad de la asistencia sanitaria, por lo que un modelo exhaustivo de valoración de satisfacción del paciente debería englobar las siguientes dimensiones:

1. Acceso apropiado a los servicios de salud, tanto al lugar donde se proporciona la asistencia sanitaria como a los departamentos de coordinación.
2. Disponibilidad de información sobre salud.
3. Empatía entre paciente y personal sanitario.
4. Participación en la decisión sobre tratamientos.
5. Satisfacción con la calidad técnica de terapias utilizadas.
6. Eficiencia de los procesos terapéuticos en cuanto a cumplir las expectativas de los pacientes y en ayudar en la mejora de su vida diaria.
7. Satisfacción general.

Los primeros cuestionarios diseñados para medir la satisfacción de los usuarios en el área sanitaria se desarrollaron en la década de los setenta, como el propuesto por Hulka ¹⁰⁷ en 1970 sobre la satisfacción con los médicos y la atención primaria (*Scale for the measurement*

of attitudes toward physicians and primary medical care) o por Larsen en 1979 (*Client/patient satisfaction scale*)¹⁰⁸. Desde esa época se han hecho numerosas publicaciones sobre instrumentos de medición de satisfacción en las que no se han comunicado datos sobre sus características psicométricas no demostrando claramente su validez y fiabilidad^{83,109}. La dificultad en encontrar instrumentos adecuados para un uso extendido puede ser debida a que éstos han sido culturalmente específicos, demasiado complicados para su uso en la práctica clínica, dirigidos para realizarse en condiciones específicas, han medido de forma excesiva ciertas dimensiones y otras de forma defectuosa o no han demostrado su fortaleza psicométrica¹¹⁰.

1.1.3.3. Métodos de valoración de la satisfacción del usuario con la atención sanitaria.

Existen múltiples formas de medir la satisfacción de las pacientes con los servicios sanitarios. Unos métodos están basados en la observación del consumidor y otros en obtener su evaluación. Se diferencian además por la profundidad de la información que pueden proporcionar, siendo probablemente la combinación de ellos la mejor forma de valorar la satisfacción producida en el paciente. Algunos de ellos son:

- Entrevista Estructurada.
- Entrevista Semiestructurada.
- Entrevista en Profundidad.
- Grupos Focales.
- Entrevista Abierta.
- Encuesta Telefónica o Postal.
- Quejas y Felicitaciones.
- Observación de Participantes.
- Encuestas Autodirigidas.

Los métodos observacionales de reunión de información a cerca de la satisfacción del paciente incluyen: recopilación por los empleados de los comentarios y las reacciones de los usuarios, círculos de calidad de las empresas (*“quality circles”*) y la actuación de observadores externos o encubiertos. El inconveniente de este tipo de procedimientos es la ausencia de contribución directa y sistemática del usuario⁹⁵. Por el contrario, las encuestas son un método de recolección y evaluación de información directamente desde el sujeto interesado y son, en general, usadas ampliamente en la investigación social¹¹¹.

Existen dos tipos de metodología de obtención y valoración de la opinión de los usuarios:

1. Métodos cualitativos¹¹². Se basan en la obtención de información preguntando al paciente una serie de temas sobre los que éste escribe o se expresa verbalmente. El análisis de las respuestas y su clasificación aportaría información sobre la satisfacción con el servicio recibido. Esta metodología a menudo ofrece información más útil que la cuantitativa ya que permite al paciente expresar con mayor profundidad y de forma más exhaustiva su experiencia, facilitando incluso la expresión de opiniones negativas, así como su propia explicación de lo ocurrido. Se caracterizan porque las respuestas no son restrictivas ni predeterminadas, la valoración de los resultados se hace desde el punto de vista observacional, la muestra de pacientes es de pequeño tamaño pero se somete a un análisis profundo y normalmente no permiten la generalización de los resultados.

Ejemplos de estudios cualitativos son:

- **Entrevista en Profundidad**, que se basa en una entrevista personal que generalmente contiene preguntas sin ceñirse a un cuestionario estructurado, siendo las respuestas abiertas; tienen un tiempo limitado pero suele ser mayor de una hora.
- **Grupo Focal o el Grupo de Discusión** que es la reunión de un número entre cinco y diez personas con características comunes para discutir abiertamente sobre un tema predeterminado.
- **Observación de Participantes** que consiste en la obtención de información desde el punto de vista del profesional o de la organización que presta el servicio; puede combinarse con la realización de una entrevista.

En general, un método cualitativo centrado en una muestra pequeña de pacientes/usuarios es claramente efectivo valorando la satisfacción con el servicio, sin embargo, requiere un alto grado de compromiso en personal y recursos, así como unas habilidades específicas para su utilización¹¹³.

2. Métodos cuantitativos. La valoración cuantitativa de la satisfacción del paciente consiste en la medición del estímulo, juicio y respuesta de éste ante la atención recibida a través de una representación numérica. Los estudios cuantitativos generalmente van precedidos de estudios cualitativos con los cuales se han detectado posibles deficiencias o problemas del sistema. Los cuantitativos son los métodos más frecuentemente utilizados en la valoración de la satisfacción caracterizándose por el hecho de que las respuestas se dan a través de una escala⁸⁹.

Existen cuatro tipos de escalas que se usan en la investigación cuantitativa¹¹⁴:

- **Escala Nominal.** Se utilizan para medir atributos, es decir, variables cualitativas. En ellas se da un nombre a cada una de las modalidades, se asignan los individuos a ellas y se cuantifican los individuos de cada modalidad (frecuencia). El orden que se da a las modalidades es indiferente y no implica valor positivo o negativo. A cada categoría puede asignársele un número que no va a tener valor como tal puesto que no se pueden relacionar entre ellos. Ejemplos son el sexo (mujer=1; varón=2) o la unidad de ingreso (cirugía=1; medicina interna= 2; cuidados intensivos=3).
- **Escala Ordinal.** En ella las diversas modalidades guardan entre sí una relación de orden o jerarquía, siendo indiferente que el orden sea de mayor a menor o viceversa. Igualmente a estas categorías puede asignársele un número aunque no puede calcularse diferencia entre ellos. Un ejemplo puede ser el nivel de satisfacción que puede adoptar los valores de muy insatisfecho (1), insatisfecho (2), indiferente (3), satisfecho (4) o muy satisfecho (5).
- **Escala de Intervalo.** Mide variables cuantitativas. Además de distinguir un orden entre las categorías, permite discernir diferencias entre las observaciones. Contienen el valor cero pero es arbitrario y no indica la ausencia de la característica medida.
- **Escala de Razón.** También mide variables cuantitativas pero en ella el cero representa la ausencia de la característica y, por tanto, permite realizar cualquier tipo de operación aritmética (suma, resta, multiplicación y división) y lógica (comparación y ordenamiento).

Los métodos cuantitativos se usan cuando el investigador necesita conocer la respuesta a cuestiones del tipo:

- ¿Cómo de satisfecho está el paciente?
- ¿Cómo puede afectar al nivel de satisfacción del paciente los cambios en los parámetros de un servicio?
- ¿Está más o menos satisfecho un paciente con el servicio recibido en la sesión A con respecto a la sección B?
- ¿Ha variado el nivel de satisfacción entre dos momentos en el tiempo?
- ¿De qué parte del servicio está el paciente más satisfecho?

Los participantes en el estudio pueden ser consultados mediante cuestionarios autoadministrados o mediante entrevistas ⁹⁵.

Un método básico de realizar estudios cuantitativos sobre la satisfacción del usuario es el Cuestionario Estandarizado, que puede definirse como “un instrumento que consiste en una serie de preguntas y enunciados diseñados para obtener respuestas que permitan ser convertidas en variables medibles para poder ser estudiadas” ⁷⁴. Realizan las mismas preguntas, con la misma secuencia y usando exactamente las mismas palabras para todos los participantes.

Los métodos más frecuentemente utilizados para la realización de las entrevistas son:

- Entrevista Personal.
- Entrevista Telefónica.
- Encuesta Postal (tradicional o electrónica).

Las ventajas y desventajas de cada método se reflejan en la Tabla 5.

Método	Ventajas	Desventajas
Entrevista personal	Mayor posibilidad de exploración Captura de entrevistados que no pueden completar el postal	Caro Sesgo del entrevistador Falta de anonimato
Encuesta telefónica	Mayor anonimato que la entrevista personal Captura de entrevistados que no pueden completar el postal	No puede usar ayuda visual Sólo personas con teléfono Sesgo del entrevistador
Encuesta postal (tradicional o electrónica)	No sesgo del entrevistador Barato Anonimato por lo que no inhibe contestar libremente	Bajo nivel de respuesta (sesgo de no respuesta) No control de circunstancias en las que se cumplimenta Excluye analfabetos

Tabla 5. Métodos de realización de cuestionarios. Ventajas y desventajas. (Adaptado de referencia 95).

Según el formato de respuesta se distinguen tres tipos de cuestionarios:

- Cuestionario estructurado.
- Cuestionario semiestructurado.
- Cuestionario no estructurado.

Las características y desventajas de cada formato se reflejan en la Tabla 6.

Formatos de respuesta	Características	Desventajas
Cuestionario estructurado	Escalas fijas Respuestas codificadas Metodología cuantitativa	Temas y respuestas preseleccionados que pueden no cubrir todas las áreas de importancia de los encuestados
Cuestionario semiestructurado	Con preguntas estructuradas y preguntas abiertas	Posición intermedia
Cuestionario no estructurado	Metodología cualitativa Se analizan las respuestas escritas o habladas o se observan los comportamientos	Laborioso Consume tiempo Caro Riesgo de uso de muestras pequeñas por lo anterior

Tabla 6. Formatos de respuestas de cuestionarios. Características y desventajas.
(Adaptado de referencia 95).

Mira ⁷⁹ concluye que probablemente la metodología más recomendable es la que combina técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa y el empleo de instrumentos que contengan elementos que facilitan la evaluación de las percepciones de los pacientes sobre la asistencia médica recibida junto a otras cuestiones de carácter más específico que preguntan sobre si determinados hechos se han producido durante la atención.

1.2. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN SANITARIA.

1.2.1. Definición de seguridad del paciente y reconocimiento de su importancia.

La práctica de la medicina en el pasado era simple, poco efectiva y relativamente segura, sin embargo, con la complejidad creciente de los sistemas sanitarios en la actualidad a llegado a ser complicada, muy efectiva y potencialmente peligrosa ¹¹⁵.

La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo innecesario asociado con la atención sanitaria a un mínimo aceptable ¹¹⁶. La magnitud y la gravedad de los daños que sufren los pacientes relacionados con la asistencia, así como sus consecuencias sanitarias y económicas para los pacientes, los profesionales y las organizaciones sanitarias, han hecho que la seguridad del paciente sea considerada cómo una prioridad a nivel mundial, nacional, regional y local ¹¹⁷.

Estudios realizados en varios países como EEUU ^{115,118}, Australia ¹¹⁹, Nueva Zelanda ¹²⁰, Reino Unido ¹²¹, Dinamarca ¹²², Canadá ¹²³, Francia ¹²⁴, Holanda ¹²⁵, España ¹²⁶, Brasil ¹²⁷ y Suecia ¹²⁸ muestran que entre un 3,8% y un 16,6% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios sufren algún tipo de daño relacionado con la propia asistencia hospitalaria. En España, según los resultados de los estudios realizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005 ¹²⁹ y el estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud APEAS 2008 ¹³⁰, uno de cada diez pacientes hospitalizados y uno de cada cien pacientes que acuden a un centro de atención primaria sufre un daño relacionado con la atención recibida.

1.2.1.1. La seguridad del paciente una preocupación mundial.

La preocupación por la seguridad del paciente dentro de los servicios sanitarios adquiere dimensión mundial, entrando a formar parte de las prioridades de los dirigentes y del debate público, a partir de la publicación del informe *To err is Human: bulding a safer health system* por el Comité de Calidad de la Atención Sanitaria en América del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999 ¹³¹.

En esta publicación se reconocía que la atención sanitaria en los EEUU no era todo lo segura que debía y que debería ser. Basándose en dos importantes estudios, afirmaban que entre 44.000 y 98.000 personas morían al año como consecuencia de errores médicos que podrían haber sido evitados. Pero además, al indudable coste económico que provocan los

errores médicos, se añade el coste en términos de pérdida de confianza del paciente en el sistema sanitario y la merma en la satisfacción tanto de pacientes como de profesionales.

Define el error médico como el fallo en completar una acción de la forma en que se había planeado o la puesta en marcha de un plan erróneo para conseguir un objetivo determinado. Reconoce que comúnmente los errores son causa de defectos del sistema, de los procesos o de las condiciones que dan lugar a que las personas cometan fallos o no sean capaces de prevenirlos. Por ello, los errores pueden ser prevenidos diseñando un sistema sanitario que facilite a las personas hacer las cosas de la manera correcta y que haga difícil que actúen de forma equivocada.

En el documento del Instituto de Medicina de los EEUU ¹³¹ se establecen las siguientes recomendaciones, basadas en el análisis sobre la seguridad de los pacientes en su sistema sanitario:

1. Mejora en la dirección y los conocimientos.
2. Identificación de errores y aprendizaje de ellos.
3. Establecimiento de estándares y expectativas en seguridad.
4. Creación de programas de seguridad del paciente dentro de las organizaciones sanitarias.

Desde ese momento tanto los gobiernos como las organizaciones internacionales han ido desarrollando iniciativas para apoyar estrategias que contribuyan a la seguridad de los pacientes.

La OMS en su Asamblea Mundial del año 2004 acuerda la creación de una Alianza Internacional para La Seguridad de los Pacientes ¹³². El programa incluye una serie de medidas encaminadas a reducir el número de enfermedades y defunciones que sufren los pacientes como consecuencia de la atención sanitaria que perciben. La Alianza se propone como lema “Ante todo, no hacer daño”. Una de sus acciones prioritarias fue la elaboración de una nomenclatura común a nivel mundial, la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente ¹¹⁶. Ésta define una serie de conceptos claves como el Incidente Relacionado con la Seguridad del Paciente que se refiere a cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria. Si el evento o circunstancia llega a producir un daño (enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad o muerte) se denomina Evento Adverso ¹³³.

1.2.1.2. La seguridad del paciente una preocupación europea.

La seguridad del paciente ha suscitado el interés de Comisión Europea y del Consejo de Europa. En el año 2005 la Comisión Europea y la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor dan lugar a la Declaración de Luxemburgo sobre Seguridad del Paciente con el lema “*Patient Safety-Making it Happen!*”¹³⁴. Recomienda que la seguridad del paciente debe tener un papel preponderante en la agenda política de las instituciones europeas, de las autoridades nacionales de los países miembros y en las autoridades sanitarias a nivel local.

El Consejo de Europa da lugar en el mismo año a la Declaración de Varsovia, con el título: “La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo”. En ella se aconseja a todos los países que aborden el tema de la seguridad de los pacientes a escala nacional desarrollando las siguientes estrategias:

- Desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistemático.
- Establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones.
- Implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

1.2.1.3. La seguridad del paciente una preocupación nacional.

A nivel del Estado Español, según estaba previsto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹³⁵ y cómo resultado de la II Conferencia de Presidentes de las Comunidades Autónomas de 2005, en 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo elabora el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud¹³⁶. Su finalidad era la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud, asegurando el acceso a sus prestaciones en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. Este plan está dirigido a la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los paciente y sus necesidades. Además, apoya al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible. Para ello ofrece 6 grandes áreas de actuación que pretenden dar respuesta a las cuestiones que afectan a los grandes principios y retos del sistema sanitario público español.

Protección, promoción de la salud y prevención.

Estrategia 1.- Salud y hábitos de vida.

Estrategia 2. - Protección de la salud.

Fomentar la equidad.

Estrategia 3.- Impulso de políticas de salud basadas en las mejores prácticas.

Estrategia 4.- Análisis de políticas de salud y proposición de acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.

Apoyar la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud.

Estrategia 5.- Adecuación de los recursos humanos del SNS a las necesidades de los servicios sanitarios.

Fomentar la excelencia clínica.

Estrategia 6.- Evaluación de las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión.

Estrategia 7.- Acreditación y auditoría de centros y servicios sanitarios.

Estrategia 8.- Mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.

Estrategia 9.- Mejora de la atención a pacientes con determinadas patologías.

Estrategia 10.- Mejorar la práctica clínica.

Utilizar las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos.

Estrategia 11.- Sanidad en línea.

Mayor transparencia.

Estrategia 12.- Consolidación de un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible.

Dentro del área de fomento de la excelencia clínica una de las estrategias consiste en la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud (Estrategia número 8). Se considera la seguridad en la atención sanitaria uno de los componentes principales de la calidad y además un derecho de las personas. La prevención del daño que pueda producirse durante la atención sanitaria debe ser un objetivo principal de todos los agentes implicados en ella.

1.2.1.4. La seguridad del paciente una preocupación de la comunidad autónoma de Andalucía.

A nivel de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se pone en marcha en el años 2006 la Estrategia para la Seguridad del Paciente como una prioridad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y vinculado al II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía ¹³⁷.

La Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010 tiene como objetivo principal la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes y disminuyendo los daños accidentales atribuibles a los mismos ¹³⁸. La implantación y desarrollo de la misma durante los años 2006-2010 ha tenido un amplio impacto en la organización sanitaria pública, promoviendo un cambio en la cultura de seguridad, mediante la actualización y el diseño de herramientas de apoyo a los/las profesionales en el desarrollo de una práctica clínica segura (identificación de puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente en los Procesos Asistenciales Integrados, estándares relacionados con la seguridad del paciente en los Manuales de Acreditación de las Unidades de Gestión Clínica, sistemas de notificación de incidentes, entre otros).

En el III Plan de Calidad 2010-2014 se establece que los profesionales, en el entorno organizativo asentado en el modelo de Gestión Clínica, deben constituirse como agentes facilitadores y garantes de una provisión de servicios sanitarios seguros y de alta calidad para lo que resulta determinante conocer cuál es su cultura de seguridad ¹³⁹.

Entre los logros de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010 se encuentra la creación en el año 2007 del Observatorio para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía ¹⁴⁰. El observatorio ha supuesto un importante elemento dinamizador de la cultura de seguridad del paciente, impulsando el desarrollo de prácticas seguras, difundiendo las mejores recomendaciones y creando redes para compartir información sobre las prácticas seguras llevadas a cabo en centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Manos Seguras, Uso Seguro de Medicamentos, Gestión de Incidentes, Estrategia para la Seguridad del Paciente, Cirugía Segura, Bacteriemia Zero, Análisis Modales de Fallos y Efectos- AMFE- y Centros contra el Dolor) ¹⁴¹.

En el año 2011 se pone en marcha la nueva Estrategia para la Seguridad del Paciente 2011-2014 cuyo lema es “el espacio compartido”. Pone el énfasis en potenciar la participación activa del/de la paciente en su seguridad. Se estructura en tres grandes espacios, la seguridad y la ciudadanía, la seguridad y los profesionales y un espacio compartido seguro ¹⁴².

1.2.2. Cultura de seguridad del paciente, definición y reconocimiento de su importancia.

Uno de los primeros objetivos propuestos a nivel internacional, nacional y en el propio ámbito autonómico es la promoción de una cultura de seguridad.

El Instituto de Medicina de EEUU (*Institute of Medicine*) afirma que el mayor reto para tender a un sistema sanitario seguro consiste en conseguir un cambio de la cultura de culpabilizar los errores individuales por aquella en la que los errores son tratados no como un fallo personal, sino como una oportunidad para mejorar el sistema y prevenir daños ⁴⁴.

Puede definirse la cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y colectivas que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas ¹⁴³.

El creciente interés en la cultura de seguridad vino acompañado de la necesidad de herramientas de medición o valoración de los cambios y mejoras en la seguridad del paciente. Se dedujo que estos instrumentos de medición podrían constituir un nuevo elemento en el arsenal para la mejora de la seguridad del paciente, que podrían utilizarse para valorar las condiciones de la organización que dieron lugar a un evento adverso o daño en el paciente, así como para el desarrollo y la evaluación de las intervenciones de mejora realizadas como respuesta ¹⁴³.

1.2.2.1. Valoración de la cultura de seguridad del paciente.

A nivel internacional los dos instrumentos de evaluación de la cultura de seguridad mejor cualificados son el *Safety Attitudes Questionary (SAQ)* de la *University of Texas* ¹⁴⁴, y el *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* ¹⁴⁵. El primero deriva de un cuestionario ampliamente utilizado en la aviación comercial, que tiene varias adaptaciones a distintos contextos en los que ha sido utilizado como en las unidades de cuidados intensivos, en los servicios de cirugía e incluso en el medio ambulatorio. El segundo, presenta un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y a su validación, goza de una amplia aplicación en cientos de hospitales de los EEUU, ha sido adaptado en distintos países europeos y la propia AHRQ dispone de una versión para los americanos de habla hispana.

En este contexto, en el año 2009 la Agencia de Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica los resultados del estudio: “Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español”. Consistía en la aplicación un cuestionario resultado de la adaptación al contexto español de la encuesta original de la AHRQ. Los objetivos consistían en la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español y favorecer su utilización rutinaria. Como conclusión detectan que las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver en todos los hospitales con la dotación de personal y el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente y, sobre todo en los hospitales grandes y medianos, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios ¹⁴⁶.

En el año 2010 la Agencia de Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publican el estudio: “Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)*”. El objetivo principal consistía en disponer de un instrumento para identificar y medir la cultura de seguridad del paciente de los equipos de atención primaria en España y como objetivo secundario poder efectuar comparaciones internacionales en la cultura de seguridad. Concluyeron que el cuestionario obtenido constituía un instrumento válido y fiable para la medición de la cultura de seguridad en atención primaria del territorio español ¹⁴⁷.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía en el año 2011, Skodova publica los resultados de la aplicación del cuestionario *HSOPS* en el entorno de un hospital de primer nivel. Concluye que la percepción global de seguridad del paciente en ese hospital es buena, aunque la comunicación sobre errores es deficiente, que la principal área de mejora es la comunicación abierta sobre los errores y que es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales e implantar sistemas de registro de eventos adversos ¹⁴⁸.

Así mismo en el año 2013 Pozo y Padilla ¹⁴⁹ publican los resultados de otro estudio desarrollado en la Comunidad Autónoma de Andalucía, “Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria”. Concluye que la cultura de seguridad de pacientes es calificada como excelente o muy buena por más de la mitad de profesionales del área sanitaria, destacándose como principales fortalezas el trabajo en equipo dentro de las unidades y las expectativas y acciones de la dirección o supervisión de la

unidad, y como oportunidades de mejora la dotación de personal, la respuesta no punitiva a los errores y la notificación de eventos adversos.

1.2.2.2. La cultura de seguridad desde la perspectiva del paciente.

La presencia de efectos adversos pueden llegar a minar la confianza de los pacientes en los profesionales y dificultar la relación médico-paciente ¹⁵⁰.

Si entre las estrategias propuestas para la mejora de la seguridad del paciente están la detección, el registro y el análisis de los fallos, probablemente el punto de vista del usuario pueda aportar información sobre la seguridad global del servicio sanitario recibido. La OMS destaca el papel del paciente en la seguridad clínica y algunas agencias, como la AHRQ del *Department of Health & Human Services* de los EEUU, o el NHS de Reino Unido, han llevado a cabo campañas para fomentar un papel más activo del paciente con el fin de mejorar la seguridad ¹⁵¹.

En este sentido hay estudios que han demostrado que las medidas tradicionales de notificación de incidentes utilizadas por los profesionales sanitarios, deberían acompañarse de información recogida directamente del paciente, ya que esta combinación puede ser un indicador cuantitativo muy eficiente de la seguridad del paciente ¹⁵². En adicción, se ha observado en diversos estudios que la estimación de efectos adversos detectados y comunicados por los pacientes no varía de los notificados en los registros de los profesionales sanitarios ¹⁵⁰.

Una forma de conocer la percepción de seguridad del paciente es el propio reconocimiento de éste de haber sufrido un evento adverso como consecuencia de la atención recibida. En Europa, el Eurobarómetro de la Comisión Europea de 2006, recoge que un 18% de los encuestados cree haber sufrido (incluidos familiares directos) algún tipo de error médico grave durante una hospitalización (el porcentaje de españoles que piensan igual es también del 18%) ¹⁵³. Un 34% de los norteamericanos afirman haber sufrido (ellos o sus familiares) un error médico en algún momento de su vida ¹⁵⁴.

La percepción de seguridad también puede valorarse conociendo la probabilidad de sufrir eventos adversos que creen tener los usuarios. Así en otra encuesta del Eurobarómetro realizada en 2009 casi la mitad de los europeos encuestados creen que en su país pueden sufrir daños como consecuencia de la atención sanitaria, tanto hospitalaria como extrahospitalaria. En concreto en España el 35% creen que pueden sufrirla en la atención hospitalaria y el 32% en la atención extrahospitalaria ¹⁵⁵.

Sin embargo, seguridad no tiene porque significar ausencia de errores. Aspectos como confianza, comunicación, información, continuidad asistencial y apoyo psicológico serían factores valorados como importantes para garantizar la sensación de seguridad en el ámbito clínico por parte de los pacientes^{156,157}.

Incluso el paciente puede interpretar el incumplimiento de estándares de calidad como deficiencias en su seguridad sin necesidad de que lleguen a producir eventos adversos, como por ejemplo la falta de información o comunicación, inadecuada respuesta del personal, falta de sistematización en los tratamientos, etc. Por ello la aportación de esta información por parte del paciente añadiría también su punto de vista sobre seguridad¹⁵⁸.

Aunque la contribución de los pacientes puede ser una forma segura de identificar eventos adversos a la vez que una manera de fomentar los cuidados centrados en el ellos, la combinación de las diferentes perspectivas, la del paciente, la de los profesionales y la de los administradores, se hace necesaria para abordar la complejidad de la seguridad en atención sanitaria y de para proponer intervenciones eficientes. La mayoría de los pacientes desearían una explicación y/o una disculpa por parte del personal sanitario cuando ha ocurrido un evento adverso. Una buena comunicación refuerza la confianza en el médico y reduce el trauma psicológico¹⁵⁹.

En el año 2010 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en colaboración con la compañía *IMS (Intercontinental Marketing Services) Health* publican un informe titulado: “Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios-Diseño y validación preliminar”. El proyecto se compone de una revisión bibliográfica de los cuestionarios relacionados con la percepción de seguridad en la atención sanitaria percibida por el usuario, así como de la elaboración y validación de un nuevo cuestionario sobre la seguridad de la atención sanitaria recibida durante un periodo de hospitalización. De la revisión de los cuestionarios existentes en ese momento se observó que los aspectos en los que más coinciden los estudios incluidos eran la falta de comunicación médico-paciente, el poco conocimiento de las expectativas que tenía el usuario y la falta de confianza en el personal sanitario como principales motivos de quejas de los usuarios. La elaboración del cuestionario dio como resultado 24 ítems agrupados en tres grupos de preguntas que evaluaban la experiencia general durante la estancia hospitalaria, la detección de problemas durante la hospitalización y la experiencia ante un error clínico. Tras su validación, concluyen que en términos generales muestra una buena validez de constructo para ser utilizado, tanto en investigación como en condiciones de práctica clínica habitual, en

la evaluación de la seguridad percibida en la atención sanitaria por los pacientes en el ámbito hospitalario ¹⁶⁰.

A nivel nacional se han publicados otros trabajos en los que se han creado y validado cuestionarios sobre la percepción de seguridad de pacientes tras ingresos hospitalarios ^{151,161}, así como en ámbito de los servicios de urgencias ¹⁶² y de cirugía ambulatoria ¹⁶³. La realización de estos estudios no sólo aporta información sobre la percepción de seguridad de los pacientes en las distintas áreas de la atención sanitaria, sino que además facilita el reconocimiento de las posibles estrategias de mejora como optimización de la comunicación con el paciente.

1.3. EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA.

1.3.1. Reconocimiento de la importancia de los eventos adversos.

Los eventos adversos son usados ampliamente en la valoración de la calidad de los servicios sanitarios así como en las actividades realizadas para su mejora. Es razonable pensar que si como individuos es posible aprender de los propios errores las instituciones también podrían hacerlo.

La medición de los eventos adversos presenta la complejidad de definirlos, clasificarlos, identificarlos, describirlos y analizarlos. Además las herramientas de medida deben ser testadas para asegurar que cumplen su función.

Estudios de diferentes escuelas de pensamiento concluyen que es importante el conocimiento y la investigación de los eventos adversos por su prevalencia (incluso mayor de la que cabría esperar) por el impacto que producen en los pacientes y en las organizaciones sanitarias y porque frecuentemente son prevenibles. De igual forma convergen en que el estudio debe ir más allá del acto concreto y reconocer su importancia dentro del proceso de cuidado y dentro del contexto de la organización en que ha tenido lugar ¹⁶⁴.

El conocimiento de las causas y consecuencias de los incidentes es la base para la mejora de la seguridad en los sistemas sanitarios, por lo que la creación de sistemas que faciliten tal conocimiento y la comunicación de lo aprendido es crucial. Por ello la OMS está promoviendo en los últimos años el desarrollo y el uso de un sistema de comunicación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, así como la extracción y comunicación de las enseñanzas que se deriven de éstos y que sean útil para su mejora ^{165,166,167}.

1.3.2. Definiciones y clasificación de eventos adversos.

Varias definiciones de otros tantos investigadores han sido propuestas:

- MacLamb and Huntley (1967) ¹⁶⁴: “Cualquier resultado del cuidado médico hospitalario que es no intencionado, indeseado y nocivo para el paciente”.
- Craddick and Bader (1983) ¹⁶⁴: “Un acontecimiento adverso es un evento que, en óptimas condiciones, no es una consecuencia natural de la enfermedad del paciente o su tratamiento. El punto en común es que son eventos que los profesionales consideran como resultados no deseables de la atención médica”.
- *Harvard Medical Practice Study* (1990) ¹⁶⁴: “Un daño no intencionado causado por la atención médica en lugar de por la propia enfermedad y es lo suficientemente serio

para provocar la prolongación de la hospitalización o incapacidad temporal o permanente del paciente”.

- Wilson RM (1995) ¹¹⁹: “Un daño o complicación no intencionados que resulta en incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria y es causada por la atención médica”.
- Walshe (1998) ¹⁶⁸: “Un acontecimiento indeseado en un proceso asistencial que tiene o puede tener impacto negativo en el paciente y que resulta o puede ser resultado de alguna parte de este proceso asistencial”.

De todas estas definiciones pueden deducirse tras características que son comunes a todas ellas:

- Negatividad: son descritos como no deseables, nocivos, etc para el paciente.
- Participación del paciente: impacta sobre el paciente.
- Causalidad: resultado, por acción u omisión, del proceso de atención al paciente.

En 2009 la OMS publica el informe técnico *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* ¹⁶⁵ cuyo propósito era permitir la categorización de la información relativa a la seguridad del paciente usando una serie de conceptos estandarizados que faciliten la descripción, comparación, medida, monitorización, análisis e interpretación de la información para mejorar la atención al paciente. Propone los siguientes conceptos con sus definiciones:

- Evento: algo que ocurre o afecta a un paciente.
- Incidente en la seguridad del paciente: evento o circunstancia que puede haber resultado, o ha resultado, en daño innecesario al paciente.
- *Near miss* (casi error): incidente con potencial de daño al paciente pero que no llega a producirse.
- Evento adverso: incidente que resulta en daño para el paciente.
- Evento adverso evitable: evento adverso que no debería haber ocurrido si el paciente ha recibido el tratamiento adecuado en el momento adecuado.
- Error: fallo en la realización de una acción planeada o aplicación de un plan incorrecto.
- Reacción adversa: daño inesperado resultado de una acción justificada dentro de un proceso correcto.
- Efecto lateral o secundario: efecto conocido, diferente al efecto primario, relacionado con las propiedades farmacológicas de una medicación.
- Evento adverso grave: ocurrencia inesperada que da lugar a muerte o grave daño físico o fisiológico (pérdida de miembro o función).

Las definiciones usadas en un documento previo por la OMS pueden dar una visión práctica y exhaustiva ¹⁶⁶:

- Evento adverso: daño relacionado con la asistencia sanitaria, y no con las complicaciones de la enfermedad del paciente, incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados.
- *Near-miss* Incidente: acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma.

En el estudio ENEAS 2005 se define efecto adverso como “todo accidente o incidente recogido en la historia clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia; el accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de éstos; el incidente no causa lesión ni daño, pero puede facilitarlos”¹²⁹.

Para facilitar la detección y el estudio de una forma operativa se ha propuesto utilizar una serie de enunciados o criterios que describen las circunstancias o sucesos etiquetados como eventos adversos ^{129,164,169,170}, tales como las descritas a continuación:

- Ingreso no planeado relacionado con un ingreso o tratamiento anterior en los siguientes 6 ó 12 meses.
- Lesión o traumatismo producido durante la hospitalización.
- Reacción adversa a medicamento.
- Extirpación, daño o reparación de órgano o estructura durante un proceso quirúrgico o exploración invasiva.
- Reintervención motivada por causas de la intervención anterior (en un plazo de 30 días).
- Infección nosocomial (no indicios de infección ni incubación en el momento del ingreso).
- Infección de sitio quirúrgico durante 30 días posteriores a la cirugía.
- Lesión por presión debida a inmovilización.
- Trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar por reposo e inmovilización.
- Traumatismo o caída accidental durante la hospitalización.
- Retrasos en intervención quirúrgica.
- Parada cardiorrespiratoria reanimada.
- Infarto agudo de miocardio consecuencia de intervención quirúrgica.
- Muerte no relacionada con la evolución natural de la enfermedad.

- Hemorragia consecuencia de intervención quirúrgica o procedimiento terapéutico.
- Dehiscencia de sutura.
- Requerimiento de transfusión (no relacionada con la evolución normal de la enfermedad) o reacción a transfusión.
- Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante intervención quirúrgica.
- Complicaciones no esperables como consecuencia de un proceso anestésico.
- Déficit neurológico nuevo en el momento del alta (motor, sensitivo o cognitivo).
- Falta de consentimiento informado.
- Reclamación o insatisfacción de paciente o familiares.

1.3.3. Detección de eventos adversos en la atención sanitaria.

Existen varios métodos de detección de eventos adversos y errores relacionados con la atención sanitaria:

- Monitorización o cribado de historias clínicas: presenta los inconvenientes de frecuentes deficiencias en la información recogida en los documentos y de que ciertos eventos adversos pueden no estar recogidos de forma rutinaria, como los no relacionados directamente con el diagnóstico y el tratamiento; para el análisis de las historias clínicas y de los documentos de altas existen varias herramientas informáticas como detectores de palabras o datos “gatillo” que ponen en la pista de un evento adverso (*trigger events*) o que detectan diagnósticos secundarios que identifican eventos adversos usando códigos de la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (*The Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators*)¹⁷¹.
- Comunicación directa por parte de profesionales sanitarios: la mayoría de los sistemas sanitarios tienen estructurados sistemas de recogida de determinados incidentes, errores o eventos adversos, como los relacionados con la medicación, las infecciones o los accidentes; de forma general, se realizan de forma voluntaria mediante formularios online o en papel pudiéndose favorecer su uso mediante el empleo de solicitudes repetidas en forma de recordatorios; tienen el inconveniente de detectar un porcentaje bajo del total de eventos y errores que tienen lugar¹⁷²; en España se crea en el 2010 el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) que constituye un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollado por el Ministerio de Sanidad Servicios

Sociales e Igualdad como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud, y que se organiza mediante detección, notificación, clasificación, análisis, implantación de mejoras y feedback ¹⁷³.

- Comunicación por los pacientes: de utilización reciente, pueden complementar la información recogida por otros medios; podría tener el inconveniente de sobreestimar el número de eventos adversos por atribuir la sintomatología propia de su enfermedad a la práctica médica o interpretar un pobre servicio al cliente con una baja calidad clínica ^{171,174}.

1.3.4. Análisis de eventos adversos detectados.

Una vez detectados, el estudio de incidentes, errores y eventos adversos puede hacerse desde una perspectiva cuantitativa clasificándolos y contabilizándolos, y desde el punto de vista cualitativo, cuyo análisis se suele hacer sobre la base de la técnica del análisis de incidentes críticos (*Critical Incidents Analysis Technique*). Esta metodología, procedente del mundo de la aviación militar, consiste en la recolección de observaciones sobre el comportamiento humano de tal forma que pueden facilitar su uso potencial en la resolución de problemas prácticos ¹⁷⁰. A nivel de la asistencia sanitaria consistiría en la comunicación de incidentes, análisis y aprendizaje de los errores ¹⁷⁵.

1.3.5. Relación entre la presencia de eventos adversos y percepción de calidad.

Existen pocos estudios que testen la influencia de la presencia de eventos adversos sobre la percepción de calidad de la atención recibida por el paciente. Sin embargo, los existentes parecen demostrar que la comunicación de deficiencias en la calidad de la atención sanitaria por parte de los pacientes que la reciben se asocia con la presencia de efectos adversos y errores. Además, la mala coordinación, la pobre habilidad para la relación interpersonal y el comportamiento poco profesional del personal sanitario son las deficiencias que más se relacionan con la presencia de eventos adversos, incidentes y errores ¹⁷⁶.

Un estudio publicado en 2014 es el primero en examinar esta relación entre la presencia de eventos adversos comunicados por el propio paciente y su percepción de calidad sobre el servicio que han recibido. Encuentra que los pacientes que notifican uno o más eventos adversos presentan menores niveles en percepción de calidad que los que no han presentado eventos. También encontraron que los pacientes valoran la buena comunicación y

la oportunidad de participar en su propio proceso de cuidado. Y que, en el caso de comunicar un evento adverso, su grado de percepción llegaba a niveles similares a los que no lo presentaron cuando el hospital divulgaba el evento, permitía al paciente participar en su propio proceso de cuidado o procedían al alta en el momento en que el usuario consideraba como apropiado ¹⁷⁷.

1.4. CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) constituye actualmente un procedimiento de alta calidad, seguro y coste efectivo, que además consigue altos niveles de satisfacción en los usuarios. En países como los EEUU y Canadá llega a constituir cerca del 90% de los procedimientos quirúrgicos ¹⁷⁸. En España, según la encuesta realizada por *la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)*, durante el año 2009 el 33% del total de intervenciones y el 87% de las cirugías programadas fueron realizadas en régimen de CMA ¹⁷⁹.

1.4.1. Definición de Cirugía Mayor Ambulatoria.

La práctica de la medicina actual se enfrenta con el reto de proporcionar una asistencia ágil y de calidad a un coste razonable. Una de las respuestas a este reto es la Cirugía Mayor Ambulatoria o Cirugía sin ingreso que surge como una solución al conflicto creado entre la creciente demanda quirúrgica y los condicionantes económicos y sociales.

La CMA en esencia constituye una modalidad asistencial, es decir, una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende a una demanda determinada de servicios de salud para lo cual requiere unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios.

Existen varias definiciones propuestas por distintas entidades que varían en pequeños matices.

La Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria la define como: “...el modelo organizativo de la asistencia quirúrgica que permite tratar al paciente de una forma segura y efectiva sin necesidad de ingreso y sin utilización de una cama de hospitalización” ¹⁸⁰.

La Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1993 la define como: “La atención a procesos subsidiarios de cirugía, realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden darse de alta pocas horas después del procedimiento” ¹⁸¹.

La Asociación Internacional de Cirugía Mayor Ambulatoria (*International Association of Ambulatory Surgery*) la define como: “Intervención o procedimiento, excluyendo una

intervención de cirugía menor ambulatoria o de consulta, en la que el paciente es admitido y dado de alta el mismo día, sin pernocta en el hospital”¹⁸².

1.4.2. Historia de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Las experiencias iniciales, de forma aislada, de cirugía sin ingreso se remontan a principios del siglo XX.

En 1909, James H. Nicoll¹⁸³, cirujano del hospital infantil de Glasgow en Escocia (*Glasgow Royal Hospital For Sick Children*) publica un trabajo en el que comunica los resultados de la experiencia en cirugía sin ingreso en un total de 8.988 niños desarrollada desde 1899.

En 1919 el anestesiólogo R. Waters¹⁸⁴ pone en marcha un centro no hospitalario en Sioux City (Iowa-Estados Unidos de América), dedicado a realizar cirugía menor con anestesia y alta en el mismo día. Es lo que posteriormente será conocido como cirugía realizada en la consulta (*office-based surgery*).

En 1938 G. Hertzfeld¹⁸⁵ publicó su experiencia de 1.000 niños sometidos a herniorrafia bajo anestesia general y dados de alta el mismo día, en el *Royal Edinburg Hospital for Sick Children* de Edimburgo.

Sin embargo, la cirugía mayor ambulatoria tal como hoy es conocida surge a raíz del método propuesto en 1955 por Farquharson¹⁸⁶ como una fórmula eficaz para disminuir las listas de espera del tratamiento de la hernia inguinal en Gran Bretaña. Dicho autor publicó una serie de 485 intervenciones de hernia inguinal en adultos realizadas en el Hospital de Edimburgo siguiendo un modelo estrictamente ambulatorio con alta precoz a domicilio y deambulación inmediata. Como conclusión en su artículo en *The Lancet* escribe que “la deambulación precoz tiene un efecto positivo en la curación de las heridas, que además reduce la incidencia de complicaciones, aumenta la moral de los pacientes y acelera la recuperación en todos los sentidos; cuando se combina, en los casos que es posible, con alta precoz del hospital, permite dejar camas libres para otros pacientes que están esperando su admisión”.

Esta forma de actividad quirúrgica es rápidamente incorporada y desarrollada en los EEUU a partir de los años 60.

En 1962 D.D. Cohen y J.B. Dillon¹⁸⁷ instituyen un programa de cirugía sin ingreso en la Universidad de California, Los Ángeles. Se basaban en el principio de que si no existía ningún motivo médico o quirúrgico en el estado del paciente que requiriese observación

postoperatoria, no había razón para mantenerlo ingresado sólo por el hecho de haber recibido anestesia general o regional. Ello requería una selección de pacientes que pudiesen ser sometidos a una intervención con un corto periodo de observación tras ésta, lo cual implicaba, por ejemplo, que el riesgo de sangrado fuese mínimo. Debía asumirse la posibilidad de que un paciente precisase quedar ingresado por alguna complicación quirúrgica o anestésica. Los pacientes seleccionados recibían las explicaciones e instrucciones pertinentes para el preoperatorio y postoperatorio, como la realización de pruebas, ayunas desde la noche anterior o la necesidad de estar acompañado y de no conducir vehículos tras el alta. En la publicación de su experiencia concluían que lo consideraban un procedimiento factible y práctico, demostrado por el hecho de que sólo 33 de los 804 pacientes que participaron en el programa (4,1%) precisaron quedar ingresados, aunque la mayoría de ellos en las etapas tempranas del periodo de estudio. Además calcularon un importante ahorro tanto monetario como de estancia hospitalaria.

Pero es en 1968 en Phoenix (Arizona) con la apertura de un centro denominado “*Surgicenter*” por los anesthesiólogos W. Reed y F. Ford ¹⁸⁸ cuando se instaura por primera vez un programa de cirugía sin ingreso en unidades independientes de hospitales y autosuficientes (“*Freestanding Day Surgery Units*”). Los creadores lo definieron como “un centro diseñado para ofrecer atención quirúrgica de calidad a pacientes cuya operación sea demasiado delicada para realizarse en la consulta del cirujano, pero no tanto como para requerir hospitalización”.

En los EEUU, el *Surgicenter* supuso el espaldarazo definitivo al desarrollo de la cirugía sin ingreso. Durante finales de los setenta y principios de los ochenta los programas de cirugía sin ingreso se incrementan en de forma importante, apareciendo numerosas unidades independientes.

La rápida expansión de la cirugía sin ingreso se fundamenta en tres motivos ¹⁸⁹:

- Cambios en la práctica clínica con acortamiento de la estancia hospitalaria tras las intervenciones, favorecido por los programas de movilización precoz.
- Avances en técnicas quirúrgicas y anestésicas que permitieron conseguir que un número creciente de intervenciones pudiesen realizarse bajo esta fórmula.
- La creciente importancia del control del gasto.

El termino “Cirugía Mayor Ambulatoria” surge en 1986 con la publicación, por James E. Davis ¹⁹⁰, de un libro con dicho título.

La CMA comienza su desarrollo en España en los inicios de los años 90 con alguna experiencia previa aislada. El primer trabajo publicado sobre resultados de Cirugía Mayor Ambulatoria es el de Rivera ¹⁹¹ de 1988.

La primera unidad autónoma e integrada de cirugía sin ingreso se crea en el Hospital de Viladecans (Comunidad Autónoma de Cataluña) en 1990. Lo que el Hospital de Viladecans iniciaba era una experiencia en todo un hospital que apostaba al máximo por la eficiencia y la mejor calidad percibida e intrínseca, que debía y podía ser igual o mejor que en el modelo tradicional con largos ingresos ¹⁹².

En 1995 se funda en Bruselas la *Association for Ambulatory Surgery*, iniciándose la agrupación de un gran número de asociaciones y federaciones de todo el mundo que tienen el objetivo de estudiar esta nueva modalidad de cirugía, entre ellas, la recién creada (1994) Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA).

1.4.3. Tipos de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA).

Existen varias formas de clasificar las unidades de CMA, una de ellas es la propuesta en el Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria, Estándares y Recomendaciones, editado en 2008 por el Ministerio de Sanidad y Consumo ¹⁹³:

- **Unidades integradas** (incluidas organizativa y físicamente dentro de los hospitales):

Tipo I: se comparten todos los recursos con el resto del hospital.

Tipo II: existe una organización independiente pero se comparten elementos, como los quirófanos, con el resto del hospital.

- **Unidades autónomas:** organización independiente y delimitación arquitectónica con el resto del hospital.
- **Unidades satélites:** dispuestas en edificios más o menos alejados del hospital general pero con una dependencia administrativa del mismo.
- **Unidades independientes («freestanding»):** Organización y estructura totalmente independiente de un hospital general. Se puede corresponder con un «Centro de CMA» (C.2.5.4. del R.D. 1277/2003), o estar integradas en otros tipos de centros de carácter ambulatorio, como los «centros de alta resolución» ¹⁹⁴.

1.4.4. Organización y gestión de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

La UCMA consiste en una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CMA y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia para realizar esta actividad ¹⁸¹.

1.4.4.1. Selección de procedimientos y cartera de servicios de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Cada unidad de CMA debe seleccionar los procedimientos que incluya en su cartera de servicios. Según la clasificación de Davis ¹⁸⁹ de tipos de procedimientos quirúrgicos, los que generalmente son susceptibles de realizarse en régimen CMA son los tipo II y algunos de tipo III.

Tipo I: Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio.

Tipo II: Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral.

Tipo III: Los que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.

Tipo IV: Los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio.

El Ministerio de Sanidad realizó tres listados según esta clasificación ¹⁸¹:

- **Listado A:** agrupa a los Grupos Relacionados por el Diagnóstico incluidos en el tipo II de Davis.
- **Listado B:** procedimientos quirúrgicos incluidos en el tipo III de Davis susceptibles de incluirse en CMA.
- **Listado C:** procedimientos incluidos en tipo I de Davis y que no tienen indicación de realizarse en CMA.

Cada unidad de CMA debe definir su Cartera de Servicios, es decir, la oferta de procedimientos quirúrgicos que se realizan en ella de acuerdo con las necesidades asistenciales de su área de influencia, de las características organizativas y de gestión del

establecimiento sanitario en donde esté situada y de la experiencia de sus profesionales. La Cartera de Servicio debe ser revisada periódicamente.

1.4.4.2. Criterios de inclusión de pacientes en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Los pacientes que participan en un programa de CMA deben cumplir una serie de criterios que se incluyen dentro de tres categorías ¹⁹³:

- **Aspectos Fisiológicos:** deben encontrarse en los grados I ó II de la Clasificación de la *American Society of Anesthesiologists (ASA)* ¹⁹⁶ y en algunos casos muy seleccionados de grado III.
- **Aspectos Psíquicos:** los pacientes deben comprender y aceptar el procedimiento quirúrgico ofertado por la unidad de CMA.
- **Aspectos Sociales:** el paciente debe de contar con la atención de un adulto responsable durante su estancia de readaptación al medio, el traslado a su domicilio y, al menos, durante las primeras 24 horas del postoperatorio; igualmente debe disponer de teléfono y de las condiciones mínimas de habitabilidad, accesibilidad, comodidad e higiene en el lugar de convalecencia.

1.4.4.3. Organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

La organización de la UCMA se articula en torno al proceso de atención al paciente: acceso a la unidad, circulación dentro de la misma y derivación tras el alta ¹⁹³.

- **Acceso a la unidad:** desde atención primaria, consulta de cirugía o lista de espera quirúrgica.
- **Circulación dentro de la unidad:**
 - Consulta especializada de CMA (con la inclusión de consulta de anestesia y consulta de enfermería de la UCMA).
 - Ingreso, preparación, intervención, despertar y readaptación al medio.
- **Circulación tras cirugía:** domicilio o alojamiento alternativo (hospitalización convencional en caso de ser requerido), debiéndose establecer mecanismo de contacto y/o atención en caso de precisarse y seguimiento en consulta al alta.

1.4.4.4. Estructura de gestión de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Cada UCMA requiere una rigurosa estructura de gestión, incluyendo responsable médico, de enfermería, de servicios administrativos y de calidad.

1.4.4.5. Estructura y recursos materiales de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Cada UCMA debe disponer de una serie de recursos estructurales y de equipamientos que permitan la actividad clínica programada. Se diferencian tres áreas funcionales ¹⁹³:

- El área clínica y administrativa, que incluirá la consulta específica de CMA, las estructuras administrativas y las zonas de espera y descanso de pacientes y familiares.
- El área funcional quirúrgica, que incluirá la zona de preparación y el bloque quirúrgico convencional (quirófano y despertar).
- El hospital de día quirúrgico (área de readaptación al medio).

1.4.4.6. Recursos humanos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Constará de un Responsable de la Unidad además de Cirujanos de cada una de las especialidades que participan en la unidad, Anestesiólogos, Enfermeros, Auxiliares de Enfermería, Celadores y Administrativos.

1.4.4.7. Criterios de calidad de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Basándose en los indicadores clínicos que recomienda la Asociación Internacional de Cirugía Mayor Ambulatoria ^{197,198} y en los Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud publicados por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria, Estándares y Recomendaciones ¹⁹³ propone 9 indicadores de calidad para las UCMA (Tabla 7).

Dimensiones de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la UCMA	1. Cancelación procedimiento	% Cancelaciones/pacientes citados
	2.1 Reintervención no planificada en el mismo día	% Reintervenciones/pacientes operados
	2.2 Pernocta no planificada	% Pernoctas no planificadas/operados
	2.3 Consulta urgente	% Consulta urgente/pacientes operados
	2.4 Ingresos hospitalarios	% Ingresos/pacientes operados
	2.5 Índice de complicaciones ajustadas por riesgo	% Pacientes con complicaciones/nº esperado de pacientes con complicaciones en función del riesgo de complicación de cada paciente individual
Eficiencia del sistema	3. Índice de Sustitución de procesos Listado A	% número de GDR ^(a) del Listado A realizados en CMA/número de GDR del Listado A realizados en modalidad Hospitalización Convencional y CMA sumados
	4. Índice de Ambulatorización	% número de GDR quirúrgicos realizados en CMA/número de GDR quirúrgicos totales
Calidad percibida por el usuario de la UCMA	5. Índice de Satisfacción	% en cada categoría de respuesta

Tabla 7. Indicadores de calidad de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y forma de calcularlos. ^a GDR: Grupo Relacionado por el Diagnóstico. (Adaptado de referencia 197).

1.4.5. UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO.

La unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Duques del Infantado es una unidad satélite del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Está ubicada en un edificio localizado a unos trescientos metros de distancia del hospital general pero es dependiente administrativamente de éste.

En ella se realiza la atención quirúrgica de pacientes de las especialidades de Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Otorrinolaringología y Oftalmología en régimen de CMA.

Áreas funcionales.

- Área clínica y administrativa con 6 consultas.
- Área funcional quirúrgica con 4 quirófanos y una sala de despertar.
- Área de hospital de día con una sala de readaptación al medio.

Actividad de la UCMA.

- Número total de intervenciones/año: 10.000 aproximadamente.
- Número de consultas semanales:
 - Cirugía General y Aparato Digestivo: 15 consultas semanales.
 - Cirugía Ortopédica y Traumatología: 10 consultas semanales.
 - Otorrinolaringología: 10 consultas semanales.
 - Oftalmología: 13 consultas semanales.
 - Anestesiología y Reanimación: 22 consultas semanales.

Recursos humanos.

- Pertenecientes a la UCMA: Enfermeros, Auxiliares de Enfermería, Celadores y Administrativos.
- Dependientes de las unidades de gestión clínica correspondientes: Anestesiólogos, Cirujanos Generales, Traumatólogos, Otorrinolaringólogos y Oftalmólogos.

Justificación

La evaluación que hacen los pacientes de la atención hospitalaria puede ser útil para las autoridades sanitarias, las agencias de acreditación, los hospitales y los consumidores. Todas las partes tienen la oportunidad de hacer uso de la información obtenida para juzgar la calidad de un centro sanitario desde la perspectiva del paciente. Pero además, los hospitales pueden usarla para su enfoque en áreas específicas de mejora, la toma de decisiones estratégicas, el manejo de las expectativas de los pacientes y para realizar evaluaciones comparativas. En última instancia el conocimiento y la divulgación de la evaluación de los pacientes pueden influir en la propia prestación del cuidado ¹⁹⁹.

Por otro lado la seguridad es una de las prioridades de los servicios sanitarios los cuales han puesto en marcha estrategias para mejorarla consistentes en el desarrollo de sistemas de comunicación de incidentes y en cambios de estrategias organizativas y de conductas de los profesionales. En los últimos años existe un interés creciente en hacer partícipe al paciente en las iniciativas de seguridad ²⁰⁰. Para la Organización Mundial de la Salud la seguridad es un componente crítico de la calidad de la atención sanitaria y su mejora exige el esfuerzo de todo el sistema sanitario. La Alianza para la Seguridad del Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) en 2004 considera que el paciente tiene un papel vital en la identificación de riesgos y en la búsqueda de soluciones. Entre las estrategias que propone está la de conseguir involucrar al usuario en su propia seguridad, colocándolo en el centro del movimiento internacional para la mejora de la seguridad del paciente ²⁰¹.

Siguiendo la tendencia de hacer partícipe al usuario en la consecución de una atención sanitaria de calidad, el equipo de investigación del presente estudio ha pretendido conocer las valoraciones, las expectativas y las propuestas de mejora de los pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario Virgen del Rocío. De forma específica se ha propuesto valorar la percepción de seguridad y de calidad y la satisfacción de los pacientes tratados en dicha unidad, así como la repercusión que pueda tener la ocurrencia de incidentes en la seguridad de los pacientes sobre la valoración de éstas.

Hipótesis y Objetivos

3.1. HIPÓTESIS.

La ocurrencia de eventos adversos y otros incidentes en la seguridad del paciente puede asociarse a cambios en la percepción de calidad y seguridad y en la satisfacción con la atención recibida en los usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria.

3.2. OBJETIVOS.**3.2.1. Objetivo general.**

Analizar los eventos adversos e incidentes relacionados con la atención y conocer la calidad y seguridad percibidas por los usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria.

3.2.2. Objetivos específicos.

- I. Conocer la calidad percibida por los usuarios de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- II. Conocer la percepción de seguridad de los usuarios de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- III. Evaluar la satisfacción con la atención recibida de los pacientes intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- IV. Conocer las dimensiones de la calidad y seguridad percibidas que más influyen en la satisfacción con la atención.
- V. Estimar la proporción de incidentes en la seguridad del paciente relacionados con la atención en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- VI. Analizar la relación entre la presencia de incidentes en la seguridad del paciente y la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción con la atención recibida por los pacientes de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- VII. Analizar la relación entre los antecedentes personales con la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción con la atención recibida.
- VIII. Analizar la influencia de la patología intervenida en la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción con la atención recibida y sobre la presencia de incidentes en la seguridad del paciente.

Material y Método

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio observacional de tipo transversal sobre percepción de calidad, seguridad y satisfacción con la atención y de eventos adversos e incidentes, medidos a través de cuestionario y análisis de historias clínicas de pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Para conseguir los objetivos propuestos se diseñó un estudio consistente en la aplicación de un cuestionario para medir percepción de calidad y seguridad así como la satisfacción con la atención recibida a dos grupos diferentes de pacientes sometidos a intervención en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Duques del Infantado en dos periodos de tiempo diferentes.

En el primer grupo se realizó una encuesta autoadministrada entregándose el cuestionario en la sala de recuperación tras la intervención, junto con documento de información y justificación del estudio (Fase I). El segundo grupo es sometido al mismo modelo de cuestionario a través de encuesta dirigida vía telefónica un mes después de la intervención (Fase II).

Con posterioridad se analizan las historias clínicas de los pacientes del segundo grupo para extraer información sobre antecedentes médicos y la presencia de eventos adversos, e incidentes relacionados con la atención recibida (Fase III).

Finalmente se analizan las respuestas, la diferencia las respuestas en la fases I y II, y la relación con la presencia de eventos adversos e incidentes.

4.1.1. Población del estudio.

La población de estudio la constituyen los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario Virgen del Rocío desde mayo de 2011 a enero de 2012. En este periodo se realizaron 7.290 intervenciones de las especialidades Cirugía General y del Aparato Digestivo, Otorrinolaringología, Oftalmología y Cirugía Ortopédica y Traumatología.

4.1.2. Cálculo del tamaño muestral.

El cálculo del tamaño muestral se hizo para un parámetro poblacional del 70%⁶⁸, asumiendo un error máximo del 7% y estableciendo un nivel de confianza del 95% resultando ser de 164. Sin embargo, se incrementó para esperanza de respuesta del 30% ¹⁰⁹ por lo que finalmente se fijó el objetivo de 546 para cada grupo.

4.1.3 Criterios de inclusión.

- Pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Aceptar su participación en el estudio.

4.1.4. Criterios de exclusión.

- Paciente intervenido por Oftalmología, ya que no acceden a la sala de readaptación al medio en la practica habitual.
- No aceptar participación en el estudio.

4.1.5. Selección de pacientes.

La selección de los pacientes se realizó de la siguiente forma:

- **Fase I:** se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos facilitando la encuesta a todos los pacientes dados de alta durante el periodo elegido que no cumplan criterios de exclusión. Los cuestionarios de pacientes menores de 18 años fueron realizados por un familiar una vez aceptada su participación.
- **Fase II:** se procedió al mismo tipo de muestreo realizándose las llamadas telefónicas siguiendo el listado de pacientes intervenidos durante el periodo predeterminado. Se siguieron los mismos criterios de exclusión. Los cuestionarios de pacientes menores de edad fueron contestados por un familiar una vez aceptada su participación. En caso de no respuesta o no aceptación de participación el paciente era excluido y se realizaba llamada al siguiente en el orden del listado hasta completar el tamaño muestral.

4.1.6. Variables del estudio.

4.1.6.1. Variables independientes.

- **Sexo.** Variable cualitativa dicotómica (hombre/mujer).
- **Edad en años:** variable cuantitativa para estudio descriptivo y agrupada en tres categorías como variable categórica policotómica para estudio bivalente (≤ 40 ; 41-60; > 61)
- **Nivel de estudios.** Se delimitaron cuatro categorías: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios. Variable cualitativa ordinal.
- **Situación laboral.** Se establecieron cinco categorías: estudiando, desempleo, trabajando, ama de casa y jubilación. Variable cualitativa policotómica.
- **Estado civil.** Se clasificó en cuatro categorías: casado/a, soltero/a, separado/a y viudo/a. Variable cualitativa policotómica.
- **Fase del estudio,** variable cualitativa dicotómica siendo las opciones de respuesta: Fase I/Fase II.
- **Especialidad quirúrgica de la intervención a la que se somete el paciente.** Las variables se agruparon en: Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Otorrinolaringología. Variable cualitativa policotómica.
- **Factores de riesgo cardiovascular.** Se recogieron las que se consideraron más relevantes para el estudio: hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, dislipemia y obesidad (definida como Índice de Masa Corporal igual o mayor de 30 Kg/m^2)²⁰². Además se consideró como variable la presencia de al menos un factor de riesgo cardiovascular. Cada uno de los factores se consideraron como variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta Sí/No.
- **Antecedentes médicos:** Se recogieron los antecedentes: patología cardíaca, patología renal, patología respiratoria, patología digestiva y patología hepática. Además se consideró como variable la presencia de al menos una patología médica. Cada uno de los antecedentes o de forma conjunta se consideraron como variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta Sí/No.
- **Eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad.** Para su identificación y consignación como evento adverso se utilizaron los criterios usados en los estudios ENEAS 2005 y APEAS 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo^{129,130}. Se estudió la presencia de los eventos adversos más frecuentemente asociados la CMA²⁰³ así como de otros menos frecuentes. También se analizó la

presencia de otros indicadores de seguridad mediante el porcentaje de pacientes que precisaron atención urgente, ingreso hospitalario tras el procedimiento o tras haber sido alta y muerte. Las variables son las siguientes:

- ◆ **Presencia de evento adverso** (presencia de al menos uno de los eventos adversos expuestos a continuación), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Dolor** (“mal abordaje del dolor”, evento adverso relacionado con la utilización de medicamentos), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Infección** (“infección del lugar quirúrgico superficial, infección profunda de la incisión o infección de órgano o de espacio que se producen durante los 30 días posteriores a la cirugía si no se ha colocado algún implante o dentro del primer año si se había colocado alguno”), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Sangrado** (“complicaciones hemorrágicas y laceraciones, consecuencia de intervención quirúrgica o procedimiento terapéutico”), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Reintervención** (“procedimiento quirúrgico repetido en un periodo inferior a 30 días, motivado por causas relacionadas con la intervención anterior”), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Complicaciones anestésicas** (“fenómenos indeseables que aparecen como consecuencia de la anestesia”), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Acudir a urgencias como consecuencia de un evento adverso**, variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Ingreso no previsto tras la cirugía**, variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Reingreso hospitalario como consecuencia de un evento adverso**, variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Éxito como consecuencia de un evento adverso**, variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Otros eventos adversos** (eventos adversos diferentes a los recogidos previamente), cada uno es una variable dicotómica con posibilidades de respuesta Sí/No.

- ◆ **Presencia de incidente** (acto u omisión que podría haber dañado al paciente pero no lo hizo), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Falta o error en la lateralidad en hoja operatoria** (incidente), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Falta o error en la lateralidad en hoja de anestesia** (incidente), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.
- ◆ **Falta o error en la lateralidad en informe de alta** (incidente), variable cualitativa dicotómica con posibilidades de respuesta: Sí/No.

Clasificación del daño provocado en el paciente por los eventos adversos

El resultado del daño provocado por cada evento adverso en el paciente se ha catalogado según la clasificación conceptual sobre seguridad del paciente propuesta por la Organización Mundial de la Salud (*Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*)¹⁶⁵:

- **Leve:** el paciente presenta síntomas leves, con pérdida de función o daño mínimos, o intermedio pero de corta duración, y que no precisa ningún tipo de intervención, o en todo caso ésta es mínima (observación, investigación, revisión o tratamiento menor).
- **Moderado:** el paciente presenta síntomas que requieren intervención (tratamiento o cirugía adicionales), que incrementa la duración del ingreso o que causan pérdida de función o daño prolongados.
- **Severo:** el paciente presenta síntomas que requieren intervenciones para salvar su vida o cirugía mayor, que tienen como consecuencia un acortamiento de la esperanza de vida o sufre pérdida permanente o muy prolongada de una función mayor.
- **Muerte:** en el balance de probabilidades es causada o tiene muy corta relación en el tiempo con el evento adverso.

Clasificación de la relación causal de los eventos adversos

La relación causal entre el evento adverso y la atención que recibió el paciente se catalogó siguiendo una clasificación adaptada de la que propone la Organización Mundial de la Salud para la valoración de causalidad en farmacovigilancia (*WHO-UMC system for standardised case causality assessment*)²⁰⁴:

- **Probada o definitiva:** ocurrencia del evento en un tiempo justificable respecto a la exposición, el evento no puede ser explicado por una enfermedad es un evento posible desde el punto de vista fisiopatológico.

- **Probable:** ocurrencia del evento con un tiempo razonable respecto a la exposición, no es muy probable que pueda ser explicado por una enfermedad o que se haya producido de forma espontánea.
- **Posible:** la ocurrencia del evento respecto a la exposición lo hace probable pero una enfermedad también podría explicarlo.
- **Improbable:** la relación temporal entre el evento y la exposición hace que la relación sea improbable y además una enfermedad podría explicarla totalmente.
- **Condicional:** se necesitan más datos para poder evaluar la relación.
- **Inevaluable:** la información es insuficiente o contradictoria y no permiten completar o verificar la relación.

4.1.6.2 Variables dependientes.

- **Respuestas a las preguntas del cuestionario correspondientes a las dimensiones de percepción de calidad y seguridad (accesibilidad, servicio confortable, servicio personalizado y servicio de garantía), así como a la satisfacción con atención recibida.** Las constituyen las primeras 26 preguntas y las respuestas se recogen en una escala ordinal mixto semántico y numérico. La escala numérica cubre desde el valor 0 al valor 10 y se acompañan de frases informativas, que explican que el menor valor (cero) significa, “totalmente en desacuerdo” o “totalmente insatisfecho”; el valor intermedio (cinco) significa “ni de acuerdo/ni en desacuerdo” o “ni satisfecho ni insatisfecho”; y el valor máximo (diez) significa “totalmente de acuerdo” o “totalmente satisfecho” (Ver Anexo 1).
- **Respuestas del cuestionario correspondiente a la dimensión fidelidad con el servicio.**
 - ✦ Pregunta 27, “El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”, variable policotómica con tres opciones de respuesta: peor, igual o mejor.
 - ✦ Pregunta 28, “¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”, variable dicotómica con opciones de respuesta: Sí/No.
 - ✦ Pregunta 29, “Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duques del Infantado, ¿cuál escogería?”, variable policotómica con tres opciones de respuesta: Hospital Duques del Infantado, Hospital Virgen del Rocío y Hospital Virgen Macarena.

4.2. CARACTERÍSTICAS Y DESARROLLO DEL CUESTIONARIO.

Se desarrolló un cuestionario que constaba de 35 preguntas además de un apartado de observaciones. En él se solicitaba al paciente su valoración sobre la calidad y seguridad del servicio, la satisfacción con la atención recibida, así como datos sociales y demográficos, propuestas de mejora y observaciones, utilizando distintos tipos de preguntas y respuestas.

4.2.1. Primer bloque del cuestionario: cuatro dimensiones de calidad percibida, percepción de seguridad y satisfacción con la atención recibida.

Estaba constituido por 26 preguntas cerradas, de las cuales 25 miden cuatro dimensiones de la calidad, que son la accesibilidad del servicio, servicio confortable, servicio personalizado y servicio de garantía además de la percepción de seguridad que hemos querido valorar de forma aislada. Las opciones de respuestas la constituyen elementos de puntuación de tipo Likert con 11 valores que van de 0 a 10, donde 0 implicaba total desacuerdo o peor valoración y 10 total acuerdo o máxima valoración ⁷³.

Las 25 primeras preguntas son consideradas como constituyentes de una escala tipo Likert de valoración de la percepción de calidad y seguridad en las que cada elemento valora una fracción del concepto total a medir. Se pretende medir el valor de cada uno de los elementos, el valor total y el valor de cada una de las dimensiones de forma independiente (servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad).

Para la pregunta número 26 también se ha utilizado el mismo tipo respuestas pero lo consideramos con un concepto independiente que pretende medir la satisfacción de una manera general (Tabla 8).

PRIMER BLOQUE DE PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	
Preguntas	Dimensiones
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Servicio Accesible
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Servicio Accesible
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Servicio Confortable
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Servicio Confortable

5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Servicio Confortable
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Servicio Confortable
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Servicio Accesible
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Servicio Confortable
9. La sala de recuperación en planta es confortable	Servicio Confortable
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Servicio de Garantía
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Servicio Personalizado
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Servicio Personalizado
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Servicio de Garantía
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Percepción de Seguridad
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Percepción de Seguridad
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Percepción de Seguridad
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Percepción de Seguridad
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Servicio de Garantía
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Servicio de Garantía
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Servicio Personalizado
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Servicio Personalizado
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Servicio de Garantía
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Servicio de Garantía
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Servicio de Garantía
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Servicio Personalizado
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Satisfacción con la atención recibida

Tabla 8. Preguntas del primer bloque del cuestionario y dimensiones a las que pertenecen.

4.2.2. Segundo bloque: fidelidad.

Formado por 3 preguntas que pretenden medir la fidelidad con el hospital y el servicio que ha prestado la asistencia. Consta de tres preguntas con posibilidades de respuestas categóricas predeterminadas (cerradas) tipo mejor/peor/igual o si/no así como la posibilidad de elegir entre varios hospitales de la ciudad.

4.2.3. Propuestas de mejora.

Pregunta abierta sobre la opinión del usuario respecto a las posibles mejoras del hospital.

4.2.4. Datos demográficos.

Constituido por 5 preguntas cerradas con opciones de respuestas cerradas para sexo, nivel de estudios, situación laboral y estado civil, así como la edad del paciente en el momento de la encuesta.

4.2.5. Observaciones.

Con un espacio para la consignación de comentarios de forma libre.

4.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.**4.3.1. Validez y fiabilidad del cuestionario sobre percepción de calidad y seguridad.**

Se estudió la validez y la fiabilidad del conjunto formado por las preguntas sobre calidad y seguridad percibidas (preguntas números 1 a 25 del primer bloque del cuestionario).

La validez se determinó mediante la validez de contenido y la validez de constructo.

La fiabilidad se demostró con la determinación de la consistencia interna.

4.3.1.1. Validez de contenido.

Para conseguir la validez de contenido nos basamos en la revisión bibliográfica tanto a instrumentos de valoración de percepción de calidad y seguridad genéricos como específicos

del ámbito sanitario y del ámbito de la cirugía sin ingreso. Los datos obtenidos fueron utilizados para concretar los ítems y dimensiones más adecuados por el equipo investigador con la colaboración de expertos. Finalmente en la fase de pilotaje se depuraron y perfeccionaron las preguntas y dimensiones para que representasen de forma exhaustiva el concepto que pretendíamos medir. En esta fase piloto se utilizaron ocho versiones diferentes del cuestionario y participaron 140 individuos de similares características a los participantes finales.

4.3.1.2. Validez de constructo.

La validez de constructo se determinó a través del Análisis Factorial de los componentes del cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas. Se utilizó como método de extracción el Análisis de Componentes Principales y como método de rotación Normalización Varimax con Kaiser.

La idoneidad de la muestra para análisis factorial se valoró mediante la medida de Adecuación Muestral de Kaiser-Meyer-Olkin cuyo valor fue 0,946 y la Prueba de Esfericidad de que resultó tener un nivel de significación $< 0,05$ (0,000). Lo cual permite la adecuación de los datos analizados para el análisis factorial.

El análisis dio como resultando tres componentes con valor propio mayor a 1 y por tanto adecuados para análisis factorial. Estos tres factores explicaban el 67,71% de la varianza. En la Tabla 9 se exponen los datos detallados.

ANÁLISIS FACTORIAL			
VARIABLES	COMPONENTE 1	COMPONENTE 2	COMPONENTE 3
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	0,137	0,185	0,819
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	0,14	0,168	0,829
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	0,299	0,581	0,451
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	0,209	0,504	0,486
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	0,266	0,654	0,461
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	0,336	0,542	0,471
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	0,294	0,668	0,201

8. El ambiente en la sala de espera es agradable	0,253	0,765	0,256
9. La sala de recuperación en planta es confortable	0,324	0,628	0,338
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	0,236	0,739	-0,089
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	0,767	0,275	0,162
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	0,598	0,507	0,164
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	0,745	0,282	0,102
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	0,799	0,34	0,153
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	0,71	0,427	0,172
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	0,816	0,299	0,173
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	0,71	0,208	0,215
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	0,681	0,429	0,172
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	0,874	0,067	0,008
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	0,753	0,245	0,256
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	0,601	0,36	0,27
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	0,866	0,16	0,106
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	0,697	0,273	0,174
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	0,869	0,229	0,083
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	0,741	0,263	0,305

Tabla 9. Resultado del análisis factorial por método de Componentes Principales y Normalización Varimax con Kaiser. Se muestra el peso de cada variable en cada componente. Se marcan con colores las variables con mayor saturación para cada componente.

Tras comparar las saturaciones relativas de cada variable en cada uno de los tres componentes se extrajeron los siguientes factores (Tabla 10):

- **Factor 1: Atención clínica y personal**, recoge el grupo de las variables 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 y 25 (porcentaje de la varianza explicada 36,70%).
- **Factor 2: Estado de las instalaciones y recepción**, recoge el grupo de variables 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 (porcentaje de la varianza explicada 19,16%)
- **Factor 3: Acceso y comunicación del centro**, recoge el grupo de variables 1 y 2 (porcentaje de la varianza explicada 11,84%).

RESULTADO DEL ANÁLISIS FACTORIAL		
FACTORES (Número de Items en cada factor)	CARGA FACTORIAL	VARIANZA EXPLICADA
FACTOR 1: ATENCIÓN CLÍNICA Y PERSONAL (15 items)		36,7%
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	0,767	
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	0,598	
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	0,745	
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	0,799	
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	0,71	
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	0,816	
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	0,71	
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	0,681	
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	0,874	
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	0,753	
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	0,601	
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	0,866	
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	0,697	
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	0,869	
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	0,741	

FACTOR 2: ESTADO DE LAS INSTALACIONES Y RECEPCIÓN (8 items)		19,16%
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	0,581	
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	0,504	
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	0,654	
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	0,542	
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	0,668	
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	0,765	
9. La sala de recuperación en planta es confortable	0,628	
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	0,739	
FACTOR 2: ACCESO Y COMUNICACIÓN DEL CENTRO (2 items)		11,84%
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	0,819	
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	0,829	

Tabla 10. Factores extraídos del análisis factorial. Se muestran las preguntas pertenecientes a cada factor con su carga factorial y la varianza explicada por cada factor.

4.3.1.3. Fiabilidad del cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas.

La fiabilidad del primer bloque que mide las cuatro dimensiones de la calidad y la de seguridad percibidas (25 primeras preguntas) se valoró mediante el análisis de la consistencia interna con el Coeficiente Alfa de Cronbach. También calculó para cada una de las dimensiones y para cada uno de los tres factores identificados en el análisis factorial cuyos resultados se exponen en la Tabla 11.

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD		
	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Cuestionario completo	0,960	25
Servicio accesible	0,770	3
Servicio confortable	0,903	6
Servicio personalizado	0,895	5
Servicio de garantía	0,896	7
Percepción de seguridad	0,922	4
Factor 1	0,964	15
Factor 2	0,891	8
Factor 3	0,769	2

Tabla 11. Estadísticos de fiabilidad. Resultado en el cuestionario completo y de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas.

4.3.2. Estudio descriptivo.

Se realizó estudios descriptivos para los datos demográficos y sociales (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, estado civil).

De las variables independientes se calcularon frecuencias absolutas y relativas de las categóricas y de las numéricas se estima la media, desviación estándar e intervalo de confianza al 95%.

De las variables respuesta al primer bloque del test se realizó análisis de frecuencias. Además fueron agrupadas en tres categorías correspondientes a tres niveles de percepción o satisfacción (baja: 0-4; media: 5-7; y alta: 8-10), de las cuales también se realizó estudio de frecuencia.

4.3.3. Estudio bivalente.

Se realizó análisis bivalente para conocer relaciones entre variables independientes y dependientes.

Con las variables respuestas del primer bloque agrupadas se utilizó el test de Chi-cuadrado de Pearson con Corrección de Yates. En el caso de detectarse frecuencias esperadas con valores menores de 5 en más del 20% de las casillas de las tablas de contingencia, se reagruparon en dos categorías (valoración baja: 0-7; valoración alta: 8-10). En el caso de ser necesario se utilizó el Test Exacto de Fisher para las variables categóricas.

Para las variables cuantitativas se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y Kruskal–Wallis.

Las variables respuestas del segundo bloque fueron analizadas mediante el test de Chi-cuadrado de Pearson con Corrección de Yate y el test Exacto de Fisher cuando fue necesario.

Se analizó la relación y la dependencia entre las respuestas sobre calidad y seguridad percibida y la satisfacción mediante el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman y el Análisis de Regresión Lineal por el procedimiento de Pasos Sucesivos.

Los Intervalos de Confianza se constituyeron al 95%.

Los valores de **p** fueron calculados de forma bilateral, fijándose el nivel de significación estadística para valores $p < 0,05$. Se realizó la Corrección de Bonferroni cuando se hicieron comparaciones múltiples.

El análisis estadístico de los datos se realiza con el programa estadístico SPSS 20.0.

De las preguntas abiertas se hizo codificación y análisis cualitativo de los resultados.

4.4. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO.

4.4.1. Fase 0: elaboración del cuestionario.

Se decidió realizar un cuestionario propio basado la metodología SERVQUAL que conceptualiza la calidad de un servicio general en cinco dimensiones (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, garantía y empatía) ⁵⁸. Para ello se propuso hacer una adaptación del cuestionario SERCAL a un servicio hospitalario de corta estancia. Éste se fundamenta en la medición de la calidad percibida por parte del usuario en torno a cinco dimensiones: servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía y fidelidad con el servicio) ⁶⁶. Pero además se pretendió valorar de forma individualizada la percepción de seguridad de los pacientes con la atención recibida a pesar de que formaría parte de la

dimensión servicio de garantía. Y por último, nos propusimos valorar la satisfacción con la atención recibida como un concepto independiente.

Para la elaboración del cuestionario del estudio, partiendo del modelo SERCAL, se hicieron sucesivas versiones que se sometieron a sucesivas pruebas piloto con 140 pacientes de la unidad durante los meses de Enero a Abril de 2011. Se realizaron 8 versiones diferentes con modificaciones tanto de orden, número o expresión de las preguntas para conseguir un modelo final que se consideró el más adecuado en cuanto a comprensión, tamaño, orden y facilidad de cumplimentación.

4.4.2. Fase 1: entrega de cuestionarios al primer grupo de pacientes.

Entrega de encuestas a pacientes intervenidos en la unidad que aceptaban participar y siguiendo el orden de intervenciones establecidas para cada día. La entrega la realiza personal de enfermería de la unidad y se acompañaba de explicaciones sobre la utilidad del mismo, su confidencialidad así como de las instrucciones para su realización y depósito en el momento de recibir el informe de alta en un buzón habilitado para tal efecto.

En la fase I se ofreció el cuestionario a los pacientes intervenidos de forma sucesiva en la unidad durante los meses de mayo a octubre de 2011 hasta completar la cifra de 546 cuestionarios.

4.4.3 Fase 2: entrega de cuestionarios al segundo grupo de pacientes.

Entrevista telefónica, realizada por entrevistador cualificado, a pacientes intervenidos en la unidad que aceptaban su participación, siguiendo el orden de intervenciones realizadas en el periodo elegido para esta fase. Las entrevistas se realizaron al mes de la intervención. Consistía en contestar el mismo cuestionario de la fase I.

El periodo elegido para la fase II lo constituían los meses de noviembre y diciembre de 2011 y enero de 2012. Las llamadas telefónicas se realizaron entre enero y febrero de 2012.

4.4.4. Fase 3: análisis de historias clínicas.

Revisión de las historias clínicas de los pacientes seleccionados en la fase II realizado por los investigadores del estudio con permiso de acceso a las mismas.

Se precedió a la identificación de eventos adversos e incidentes y su registro en hojas de recogidas de datos.

Se seleccionaron y registraron los antecedentes médicos que se habían establecido como relevantes para el estudio.

Esta fase se desarrolló entre los meses de marzo y noviembre de 2012.

4.4.5. Fase 4: análisis estadístico de resultados.

4.4.6. Fase 5: difusión de los resultados.

Resultados

5.1. RESULTADOS FASE I.

5.1.1. Cuestionarios válidos.

De los 629 cuestionarios entregados en la fase I del estudio se recuperaron un total de 352 lo que supone una Tasa de Respuesta del 56%. Tras el estudio de los cuestionarios se decidió considerar como no válidos aquellos que no tenían completadas en su totalidad las preguntas correspondientes al bloque sobre calidad percibida y satisfacción con la atención recibida (primeras 26 preguntas del cuestionario). Finalmente se contó con un total de 214 cuestionarios válidos para el análisis.

5.1.2. Análisis descriptivo de las respuestas.

5.1.2.1. Análisis descriptivo de los datos demográficos y sociales.

- **Sexo:** de los 214 cuestionarios válidos 119 (55%) fueron contestados por varones y 94 (44%) por mujeres; y 1 (<1%) no contestó a la pregunta (Tabla 12).
- **Edad:** se detectó una media de edad de 48,96 años con una desviación típica de 17,78 años (intervalo de confianza al 95%: 51,38-46,53); la edad más frecuente fue 34 años (moda); la mediana fue de 49 siendo al percentil 25 de 34 años y el percentil 75 de 65 años; el valor mínimo fue 8 años y el máximo 82 (Tabla 13). Agrupando la edad en tres categorías (menores o iguales a 40 años; entre 41 y 60 años; e iguales o mayores de 61 años) resultan las frecuencias y porcentajes que muestran la Tabla 12.
- **Estado civil:** el análisis de los 214 cuestionarios revela que 134 (63%) manifestaban como estado civil estar casado/a; otros 49 (23%) soltero/a; 12 (6%) separado/a; 16 (7%) viudo/a; y 3 (1%) no contestaron a la pregunta (Tabla 12).
- **Nivel de estudios:** de los 214 encuestados 22 (10%) manifestaron no poseer ningún tipo de estudios; 79 (37%) afirmaron haber completado estudios primarios; 74 (34%) estudios secundarios; 38 (18%) estudios universitarios y 1 (<1%) no contestó este apartado (Tabla 12).
- **Situación laboral:** del total de los 214 entrevistados 9 (4%) manifestaron estar estudiando; 34 (16%) en situación de desempleo; 89 (41%) trabajando; 27 (13%) amas/os de casa; 54 (25%) jubilación; y 1 (<1%) no completó este apartado. En la Tabla 12 se representa junto con las variables anteriores.

DATOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES				
VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES	PORCENTAJES VÁLIDOS
Sexo	Hombre	119	55,6%	55,9%
	Mujer	94	43,9%	44,1%
	Sin respuesta	1	0,5%	
Edad	<= 40	81	37,9%	38,8%
	41-60	61	28,5%	29,2%
	>=61	67	31,3%	32,1%
	Sin respuesta	5	2,3%	
Estado civil	Casado/a	134	62,6%	63,5%
	Soltero/a	49	22,9%	23,2%
	Separado/a	12	5,6%	5,7%
	Viudo/a	16	7,5%	7,6%
	Sin respuesta	3	1,4%	
Nivel de estudios	Sin estudios	22	10,3%	10,3%
	Primarios	79	36,9%	37,1%
	Secundarios	74	34,6%	34,7%
	Universitarios	38	17,8%	17,8%
	Sin respuesta	1	0,5%	
Situación laboral	Estudiando	9	4,2%	4,2%
	Desempleo	34	15,9%	16%
	Trabajando	89	41,6%	41,8%
	Ama/o de casa	27	12,6%	12,7%
	Jubilación	54	25,2%	25,4%
	Sin respuesta	1	0,5%	

Tabla 12. Análisis descriptivo de las variables demográficas y sociales (Fase I)

DESCRIPTIVOS DE EDAD EN AÑOS			
CASOS	FRECUENCIAS	ESTADÍSTICOS	VALORES
Válidos	209	Media	48,96
		Error típico media	1,23
		Intervalo de confianza al 95%	Límite inferior 46,53 Límite superior 51,38
		Desviación típica	17,788
		Moda	34
		Mediana	49
		Percentil 25	34
		Percentil 75	65
		Percentil 10	26
		Percentil 90	73
		Mínimo	8
		Máximo	82
Perdidos	5		

Tabla 13. Análisis descriptivo de la variable edad en años (Fase I)

5.1.2.2. Análisis descriptivo de calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

5.1.2.2.1. Primer bloque.

De los dos bloques del cuestionario con preguntas sobre calidad percibida el primero está compuesto por las primeras 25 preguntas que miden cuatro de las dimensiones de la calidad percibida como son accesibilidad del servicio, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía, así como la percepción de seguridad, y la número 26 que mide la satisfacción global con el servicio recibido. Las frecuencias y porcentajes de cada una de las posibilidades de respuestas a cada pregunta se exponen en la Tabla 14.

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS RESPUESTAS AL PRIMER BLOQUE DE PREGUNTAS SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCION CON LA ATENCIÓN RECIBIDA												
Preguntas	Opciones de respuesta											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Frecuencia	2	1	6	6	2	18	21	41	33	24	60
	Porcentaje	0,9	0,5	2,8	2,8	0,9	8,4	9,8	19,2	15,4	11,2	28
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Frecuencia	2	0	2	4	6	15	26	26	45	30	58
	Porcentaje	0,9	0	0,9	1,9	2,8	7	12,1	12,1	21	14	27,1
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Frecuencia	1	1	4	5	7	23	25	30	39	23	56
	Porcentaje	0,5	0,5	1,9	2,3	3,3	10,7	11,7	14	18,2	10,7	26,2
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Frecuencia	3	0	1	5	7	15	30	25	36	29	63
	Porcentaje	1,4	0	0,5	2,3	3,3	7	14	11,7	16,8	13,6	29
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Frecuencia	1	0	0	1	0	5	11	29	37	45	85
	Porcentaje	0,5	0	0	0,5	0	2,3	5,1	13,6	17,3	21	39,7
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Frecuencia	1	0	0	1	0	2	4	15	34	41	116
	Porcentaje	0,5	0	0	0,5	0	0,9	1,9	7	15,9	19,2	54,2
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Frecuencia	3	0	3	1	1	7	14	22	49	34	80
	Porcentaje	1,4	0	1,4	0,5	0,5	3,3	6,5	10,3	22,9	15,9	37,4
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Frecuencia	1	1	1	3	1	16	17	29	46	30	69
	Porcentaje	0,5	0,5	0,5	1,4	0,5	7,5	7,9	13,6	21,5	14	32,2
9. La sala de recuperación en planta es confortable	Frecuencia	2	0	1	3	3	9	14	37	49	26	70
	Porcentaje	0,9	0	0,5	1,4	1,4	4,2	6,5	17,3	22,9	12,1	32,7
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Frecuencia	15	11	5	9	7	8	21	23	29	22	64
	Porcentaje	7	5,1	2,3	4,2	3,3	3,7	9,8	10,7	13,6	10,3	29,9
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Frecuencia	2	0	0	5	0	10	15	21	41	30	90
	Porcentaje	0,9	0	0	2,3	0	4,7	7	9,8	19,2	14	42,1
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Frecuencia	1	1	0	0	2	9	3	13	35	37	113
	Porcentaje	0,5	0,5	0	0	0,9	4,2	1,4	6,1	16,4	17,3	52,8

13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Frecuencia	1	0	0	1	2	6	9	13	35	48	99
	Porcentaje	0,5	0	0	0,5	0,9	2,8	4,2	6,1	16,4	22,4	46,3
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Frecuencia	2	0	0	1	1	7	6	24	42	38	93
	Porcentaje	0,9	0	0	0,5	0,5	3,3	2,8	11,21	119,6	17,8	43,5
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Frecuencia	2	1	0	1	2	9	9	23	44	34	89
	Porcentaje	0,9	0,5	0	0,5	0,9	4,2	4,2	10,7	20,6	15,9	41,6
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Frecuencia	2	0	0	0	4	10	12	17	45	41	83
	Porcentaje	0,9	0	0	0	1,9	4,7	5,6	7,9	21	19,2	38,8
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Frecuencia	3	0	0	0	3	7	6	9	26	42	118
	Porcentaje	1,4	0	0	0	1,4	3,3	2,8	4,2	12,1	19,6	55,1
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Frecuencia	1	0	0	0	2	7	5	9	38	41	111
	Porcentaje	0,5	0	0	0	0,9	3,3	2,3	4,2	17,8	19,2	51,9
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Frecuencia	2	0	0	1	0	8	4	5	40	48	106
	Porcentaje	0,9	0	0	0,5	0	3,7	1,9	2,3	18,7	22,4	49,5
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Frecuencia	1	0	0	0	0	5	4	10	25	47	122
	Porcentaje	0,5	0	0	0	0	2,3	1,9	4,7	11,7	22	57
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Frecuencia	2	0	1	3	8	9	14	23	43	33	78
	Porcentaje	0,9	0	0,5	1,4	3,7	4,2	6,5	10,7	20,1	15,4	36,4
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Frecuencia	3	0	1	1	1	15	14	19	41	36	83
	Porcentaje	1,4	0	0,5	0,5	0,5	7	6,5	8,9	19,2	16,8	38,8
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Frecuencia	2	1	0	0	4	13	7	27	47	31	82
	Porcentaje	0,9	0,5	0	0	1,9	6,1	3,3	12,6	22	14,5	38,3
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Frecuencia	3	0	0	1	1	9	5	11	48	34	102
	Porcentaje	1,4	0	0	0,5	0,5	4,2	2,3	5,1	22,4	15,9	47,7
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Frecuencia	1	0	1	3	2	11	9	27	36	38	86
	Porcentaje	0,5	0	0,5	1,4	0,9	5,1	4,2	12,6	16,8	17,8	40,2

26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Frecuencia	1	0	0	0	0	8	3	15	42	42	103
	Porcentaje	0,5	0	0	0	0	3,7	1,4	7	19,6	19,6	48,1

Tabla 14. Frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (Fase I).

El análisis descriptivo de las 25 preguntas del primer bloque da como resultado un valor mínimo de 0 y un máximo de 10 para todas las preguntas. También se repitió el valor de la moda que fue de 10 para todas. En cuanto a la mediana osciló entre 8 y 10. Finalmente el percentil 75 fue de 10 para todas, es decir, cada una de ellas fue valorada con el valor máximo por el 25% de los encuestados. El percentil 25 varió de 6 a 9, lo que implica que un 75% valoró las preguntas en 6 o más (Tabla 15).

La pregunta número 10 (“La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta”) es la que tiene un valor más bajo de percentil 25 que fue de 5, lo que supone que un 25% de los encuestados le asignaron un valor de 5 o menor (Tabla 15).

La pregunta número 20 (“¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?”) es la que tiene un valor más alto en el percentil 25 que fue de 9, lo que supone que un 75% de los encuestados valoró en 9 ó más esta pregunta (Tabla 15).

La satisfacción con la atención recibida (pregunta 26) tuvo como mediana el valor 9 lo que significa que el 50% de los sujetos de la muestra valoraron este ítem con una puntuación de 9 ó 10 (Tabla 15).

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS RESPUESTAS SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA							
Preguntas	Mediana	Rango Intercuartil	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	8	4	10	0	10	6	10
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	8	4	10	0	10	6	10

3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	8	4	10	0	10	6	10
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	8	4	10	0	10	6	10
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	9	2	10	0	10	8	10
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	10	2	10	0	10	8	10
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	9	2	10	0	10	8	10
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	8	3	10	0	10	7	10
9. La sala de recuperación en planta es confortable	8	3	10	0	10	7	10
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	8	5	10	0	10	5	10
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	9	2	10	0	10	7,75	10
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	10	2	10	0	10	8	10
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	9	2	10	0	10	8	10
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	9	2	10	0	10	8	10
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	9	2	10	0	10	8	10
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	9	2	10	0	10	8	10
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	10	2	10	0	10	8	10
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	10	2	10	0	10	8	10
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	9	2	10	0	10	8	10
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	10	1	10	0	10	9	10

21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	9	3	10	0	10	7	10
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	9	3	10	0	10	7	10
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	9	3	10	0	10	7	10
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	9	2	10	0	10	8	10
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	9	3	10	0	10	7	10
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	9	2	10	0	10	8	10

Tabla 15. Análisis descriptivo de las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (Fase I).

También se agruparon los resultados a las preguntas del primer bloque en tres categorías:

- Valoración baja: 0 a 4.
- Valoración intermedia: 5 a 7.
- Valoración alta: 8 a 10.

En la Tabla 16 se exponen las frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque.

PRIMER BLOQUE DE PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO Y RESPUESTA AGRUPADAS				
Preguntas	Recuento y porcentaje	Valoración		
		Baja	Media	Alta
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Frecuencia	17	80	117
	Porcentaje	7,9%	37,4%	54,7%
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Frecuencia	14	67	133
	Porcentaje	6,5%	31,3%	62,1%
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Frecuencia	18	78	118
	Porcentaje	8,4%	36,4%	55,1%
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Frecuencia	16	70	128
	Porcentaje	7,5%	32,7%	59,8%
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Frecuencia	2	45	167
	Porcentaje	0,9%	21%	78%
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Frecuencia	2	21	191
	Porcentaje	0,9%	9,8%	89,3%
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Frecuencia	8	43	163
	Porcentaje	3,7%	20,1%	76,2%
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Frecuencia	7	62	145
	Porcentaje	3,3%	29%	67,8%
9. La sala de recuperación en planta es confortable	Frecuencia	9	60	145
	Porcentaje	4,2%	28%	67,8%
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Frecuencia	47	52	115
	Porcentaje	22%	24,3%	53,7%
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Frecuencia	7	46	161
	Porcentaje	3,3%	21,5%	75,2%
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Frecuencia	4	25	185
	Porcentaje	1,9%	11,7%	86,4%
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Frecuencia	4	28	182
	Porcentaje	1,9%	13,1%	85%
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Frecuencia	4	37	173
	Porcentaje	1,9%	17,3%	80,8%
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Frecuencia	6	41	167
	Porcentaje	2,8%	19,2%	78%

16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Frecuencia	6	39	169
	Porcentaje	2,8%	18,2%	79%
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Frecuencia	6	22	186
	Porcentaje	2,8%	10,3%	86,9%
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Frecuencia	3	21	190
	Porcentaje	1,4%	9,8%	88,8%
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Frecuencia	3	17	194
	Porcentaje	1,4%	7,9%	90,7%
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Frecuencia	1	19	194
	Porcentaje	0,5%	8,9%	90,7%
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Frecuencia	14	46	154
	Porcentaje	6,5%	21,5%	72%
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Frecuencia	6	48	160
	Porcentaje	2,8%	22,4%	74,8%
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Frecuencia	7	47	160
	Porcentaje	3,3%	22%	74,8%
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Frecuencia	5	25	184
	Porcentaje	2,3%	11,7%	86%
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Frecuencia	7	47	160
	Porcentaje	3,3%	22,3%	74,8%
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Frecuencia	1	26	187
	Porcentaje	0,5%	12,1%	87,4%

Tabla 16. Frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque agrupadas en categorías (Fase I).

La valoración de la dimensión **servicio accesible** fue alta para al menos el 54,7% de los encuestados en la fase I.

La valoración de la dimensión **servicio confortable** fue alta para al menos el 55,1% de los encuestados en la fase I.

La valoración de la dimensión **servicio personalizado** fue alta para al menos el 72,0% de los encuestados en la fase I.

La valoración de la dimensión **servicio de garantía** fue alta para al menos el 53,7% de los encuestados en la fase I para la pregunta número 10, sin embargo, para el resto de las preguntas de la dimensión la valoración fue alta para al menos el 74,8%.

La valoración de las preguntas sobre **percepción de seguridad** fue alta para al menos el 78,0% de los encuestados en la fase I.

La satisfacción fue alta (con valoración de 8 ó mayor) para el 87,4% de los encuestados en la fase I.

5.1.2.2. Segundo bloque.

Los resultados a las preguntas del segundo bloque relacionadas con la dimensión fidelidad como componente de la calidad percibida fueron las siguientes:

- **Pregunta 27 (“El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”).** Los resultados fueron: peor con 22 (10%) de las respuestas; igual con 138 (64%); mejor con 44 (21%); y sin respuestas 6 (3%) (Figura 8).

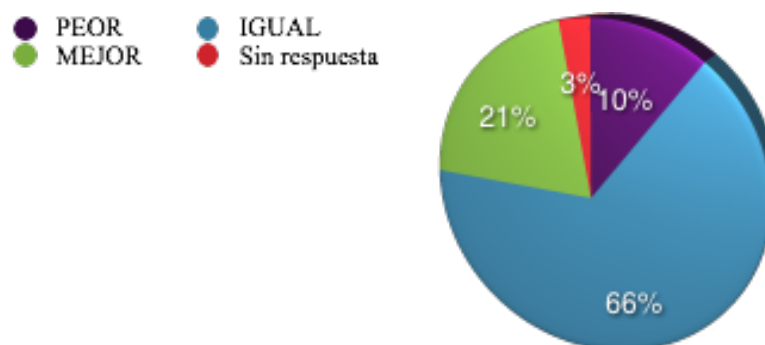


Figura 8. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 27 (Fase I). El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?

- **Pregunta 28 (¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?).** Los resultados fueron los siguientes: no con una cifra de 25 (12%); sí con 181 (85%); y sin respuesta 8 (4%) (Figura 9).

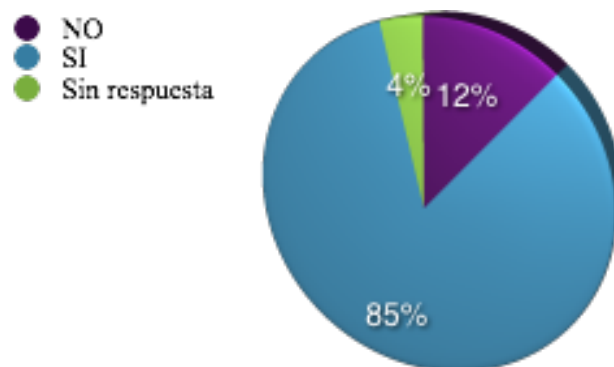


Figura 9. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 28 (Fase I). ¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?

- **Pregunta 29 (Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duque del Infantado, ¿cuál escogería?).** Las respuestas fueron: Hospital Duques el Infantado con 131 (59%); Hospital Virgen del Rocío con 62 (28%); Hospital Virgen Macarena con 7 (3%); y 14 (10%) no contestaron el ítem (Figura 10).

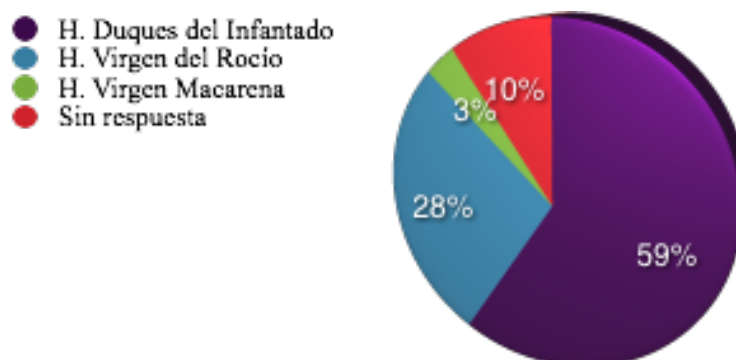


Figura 10. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 29 (Fase I). Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duque del Infantado, ¿cuál escogería?

5.1.2.3. Análisis descriptivo de las propuestas de mejora.

Las propuestas de mejoras se solicitaron a través de la pregunta número 30, “¿Qué cree que es lo primero que hay que mejorar del hospital?”. Esta pregunta es de tipo abierto siendo las respuestas los comentarios que expresaron los pacientes de forma libre. De los 214 pacientes encuestados 106 (49,5%) no expresaron ninguna propuesta. Las respuestas de los 108 (50,5%) cuestionarios restantes se analizaron y clasificaron agrupándolas en 11 categorías que resumen los comentarios obtenidos. Cabe aclarar que los encuestados pueden emitir más de una propuesta o comentario cada uno de los cuales se han computado a la categoría correspondiente. Son las siguientes:

- Acceso y aparcamiento: 8 comentarios (3,7% de los encuestados).
- Tecnología: 2 comentarios (0,9% de los encuestados).
- Información médica: 2 comentarios (0,9% de los encuestados).
- Relación con personal administrativo: 1 comentario (0,4% de los encuestados).
- Dotación de personal: 1 comentario (0,4% de los encuestados).
- Tiempo de espera: 15 comentarios (7,0% de los encuestados).
- Estado y antigüedad de las instalaciones: 53 comentarios (24,7%% de los encuestados).
- Mobiliario y enseres: 10 comentarios (4,6% de los encuestados).
- Intimidad: 5 comentarios (2,3% de los encuestados).
- Nada que mejorar: 15 comentarios (7,0% de los encuestados).
- Todo por mejorar: 4 comentarios (1,8% de los encuestados).

5.1.2.4. Análisis descriptivo de las observaciones.

El apartado de observaciones del cuestionario fue completado por 33 (15,4%) de los 214 encuestados. Se analizaron y agruparon las respuestas siendo el resultado el siguiente.

- Quejas dificultad en aparcamiento: 3 comentarios (1,4% de los encuestados).
- Queja sobre tecnología: 1 comentario (0,4% de los encuestados).
- Queja sobre las estructura arquitectónica del hospital: 1 comentario (0,4% de los encuestados).
- Quejas sobre antigüedad y estado de las instalaciones: 2 comentarios (0,8% de los comentarios).

- Quejas sobre el servicio de cafetería-restaurante: 4 comentarios (1,8% de los encuestados).
- Queja sobre tiempo de lista de espera: 1 comentario (0,3% de los encuestados).
- Quejas sobre tiempo de espera: 4 comentarios (1,8% de los encuestados).
- Quejas sobre comunicación con el médico: 2 comentarios (0,8% de los encuestados).
- Queja sobre trato discriminatorio: 1 comentario (0,3% de los encuestados).
- Queja sobre personal administrativo: 1 comentario (0,3% de los encuestados).
- Felicitaciones y agradecimientos: 18 comentarios (8,4% de los encuestados).

5.1.3. Análisis bivalente.

5.1.3.1. Relación de los factores demográficos y las respuestas al cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas.

Se agruparon los valores de las respuestas a las preguntas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas en tres categorías (percepción baja: 0-4; percepción intermedia: 5-7; y percepción alta: 8-10) y se analizó su relación con los factores demográficos y sociales mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson. En los casos en los que el número de frecuencias esperadas fueron menores a 5 en más del 20% de las casillas de las tablas de contingencias se reagruparon en dos categorías para poder realizar el análisis (percepción baja: 0-7 y percepción alta: 8-10) y en las tablas de cuatro casillas se utilizó el Estadístico exacto de Fisher. Se valoró también las relaciones con el valor total y con el de las dimensiones de la percepción de calidad y seguridad mediante la prueba U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. En los casos que se detectó asociación, se analizaron las relaciones entre las categorías dos a dos, procediendo a la Corrección de Bonferroni para valorar la significación estadística. Los resultados fueron los siguientes:

- **Sexo:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas, tanto individualmente como analizando las dimensiones de percepción de calidad y seguridad entre las categorías de la variable sexo (Tablas 17 y 18).
- **Edad** (categorías: ≤ 40 años; 41-60 años; > 60 años): se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las repuestas a las preguntas 14, 16 y 22, siendo para todas ellas los pacientes de la categoría > 60 los que las valoraron con mayor puntuación en relación con los situados entre 41 y 60 años; y en la pregunta 15 en la que los menores de 40 valoraron mejor que los situados entre 41 y 60 ($p < 0,01$ con Corrección

de Bonferroni). No se detectaron diferencias analizando las dimensiones de calidad y seguridad percibidas (Tablas 17 y 18).

- **Estado civil:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entre las categorías del estado civil tanto individualmente como analizando las dimensiones de percepción de calidad y seguridad (Tablas 17 y 18).
- **Nivel de estudios:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a las preguntas 1, 2, 16 y 24 con mayor puntuación en pacientes con estudios primarios frente a los de estudios secundarios; en las preguntas 11, 14, 15, 22 y 25 con mayor valoración por los que estudiaron primaria en relación con secundaria y universidad, así como en las dimensiones servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad ($p < 0,008$ con Corrección de Bonferroni). (Tablas 17 y 18).
- **Situación laboral:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entre las categorías de la variable situación laboral (Tablas 17 y 18).

RELACIÓN ENTRE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES Y LAS RESPUESTAS SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS					
Preguntas	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de estudios	Situación laboral
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Chi ² =0,039 p=0,981	Chi ² =1,522 p=0,467	Chi ² =11,586 p=0,072	Chi ² =11,661 p=0,009	Chi ² =10,438 p=0,236
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Chi ² =0,308 p=0,857	Chi ² =4,588 p=0,101	Chi ² =10,254 p=0,114	Chi ² =10,270 p=0,016	Chi ² =9,492 p=0,302
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Chi ² =2,147 p=0,342	Chi ² =1,430 p=0,489	Chi ² =5,789 p=0,447	Chi ² =12,984 p=0,130	Chi ² =15,329 p=0,053
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Chi ² =4,833 p=0,089	Chi ² =3,574 p=0,167	Chi ² =4,543 p=0,604	Chi ² =7,677 p=0,053	Chi ² =7,935 p=0,440
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Chi ² =2,032 p=0,362	Chi ² =4,068 p=0,397	Chi ² =11,111 p=0,981	Chi ² =8,000 p=0,238	Chi ² =2,230 p=0,973
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Chi ² =3,095 p=0,213	Chi ² =2,930 p=0,231	Chi ² =1,291 p=0,972	Chi ² =8,473 p=0,205	Chi ² =8,852 p=0,355
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Chi ² =0,248 p=0,884	Chi ² =3,998 p=0,135	Chi ² =3,438 p=0,329	Chi ² =4,640 p=0,591	Chi ² =0,723 p=0,678
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Chi ² =4,120 p=0,127	Chi ² =2,803 p=0,591	Chi ² =9,644 p=0,140	Chi ² =7,159 p=0,306	Chi ² =5,713 p=0,679

9. La sala de recuperación en planta es confortable	Chi ² =2,168 p=0,338	Chi ² =1,278 p=0,502	Chi ² =3,153 p=0,789	Chi ² =4,252 p=0,235	Chi ² =10,502 p=0,232
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Chi ² =1,306 p=0,520	Chi ² =3,253 p=0,197	Chi ² =6,148 p=0,407	Chi ² =3,557 p=0,313	Chi ² =7,794 p=0,454
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Chi ² =0,325 p=0,850	Chi ² =5,543 p=0,063	Chi ² =6,125 p=0,409	Chi ² =17,393 p=0,001	Chi ² =3,661 p=0,886
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Chi ² =0,746 p=0,689	Chi ² =2,843 p=0,241	Chi ² =5,164 p=0,523	Chi ² =5,841 p=0,441	Chi ² =13,435 p=0,098
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Chi ² =5,443 p=0,066	Chi ² =3,147 p=0,207	Chi ² =1,511 p=0,959	Chi ² =6,994 p=0,321	Chi ² =3,480 p=0,901
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Chi ² =5,751 p=0,056	Chi ² =6,662 p=0,036	Chi ² =3,693 p=0,718	Chi ² =16,795 p=0,001	Chi ² =7,328 p=0,502
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Chi ² =0,565 p=0,279	Chi ² =7,811 p=0,020	Chi ² =12,319 p=0,055	Chi ² =21,472 p=0,000	Chi ² =3,736 p=0,880
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Chi ² =2,676 p=0,262	Chi ² =8,483 p=0,014	Chi ² =3,413 p=0,755	Chi ² =16,298 p=0,001	Chi ² =5,128 p=0,744
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Chi ² =2,372 p=0,305	Chi ² =4,226 p=0,376	Chi ² =3,396 p=0,758	Chi ² =9,755 p=0,135	Chi ² =7,614 p=0,472
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Chi ² =0,249 p=0,883	Chi ² =4,939 p=0,294	Chi ² =1,287 p=0,972	Chi ² =8,123 p=0,229	Chi ² =6,277 p=0,616
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Chi ² =2,500 p=0,286	Chi ² =2,171 p=0,704	Chi ² =3,094 p=0,797	Chi ² =5,370 p=0,497	Chi ² =6,274 p=0,617
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Chi ² =3,791 p=0,150	Chi ² =5,841 p=0,054	Chi ² =0,277 p=0,964	Chi ² =2,155 p=0,541	Chi ² =2,166 p=0,705
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Chi ² =0,619 p=0,734	Chi ² =4,782 p=0,310	Chi ² =8,528 p=0,202	Chi ² =8,500 p=0,204	Chi ² =11,471 p=0,176
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Chi ² =1,771 p=0,413	Chi ² =7,766 p=0,021	Chi ² =8,471 p=0,206	Chi ² =16,066 p=0,001	Chi ² =5,216 p=0,734
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Chi ² =2,508 p=0,285	Chi ² =4,940 p=0,294	Chi ² =8,005 p=0,238	Chi ² =9,699 p=0,138	Chi ² =5,151 p=0,741
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Chi ² =2,901 p=0,234	Chi ² =3,508 p=0,173	Chi ² =1,600 p=0,953	Chi ² =10,075 p=0,018	Chi ² =8,145 p=0,419
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Chi ² =1,724 p=0,422	Chi ² =0,886 p=0,642	Chi ² =4,851 p=0,563	Chi ² =20,114 p=0,000	Chi ² =8,128 p=0,421

26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Chi ² =2,937 p=0,230	Chi ² =6,008 p=0,050	Chi ² =1,112 p=0,774	Chi ² =12,304 p=0,006	Chi ² =4,440 p=0,350
--	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Tabla 17. Relación entre factores demográficos y sociales y las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida de Fase I. Valor de estadístico Chi-cuadrado de Pearson y nivel de significación estadística. Se resaltan en color rojo las respuestas con diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de factores demográficos y sociales.

RELACIÓN ENTRE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES Y LAS DIMENSIONES CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS					
Preguntas	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de estudios	Situación laboral
Servicio accesible	p=0,651	p=0,351	p=0,158	p=0,005	p=0,120
Servicio confortable	p=0,973	p=0,486	p=0,283	p=0,002	p=0,326
Servicio de garantía	p=0,208	p=0,320	p=0,476	p=0,004	p=0,693
Servicio personalizado	p=0,327	p=0,354	p=0,497	p=0,000	p=0,562
Percepción de seguridad	p=0,463	p=0,654	p=0,342	p=0,000	p=0,624
Calidad percibida	p=0,434	p=0,305	p=0,242	p=0,000	p=0,110

Tabla 18. Relación entre factores demográficos y sociales y las valoraciones de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas de Fase I. Nivel de significación estadística de la prueba U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis. Se resaltan en color rojo las respuestas con diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de factores demográficos y sociales.

5.1.3.2. Relación de los factores demográficos y sociales y la satisfacción con la asistencia recibida.

Se valoró la relación de las variables demográficas y sociales (sexo, edad categorizada, estado civil, nivel de estudios y situación laboral) con la satisfacción global con la asistencia recibida. Se agruparon las respuestas en tres categorías y se analizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (en los casos en los que el número de frecuencias esperadas fueron menores a 5 en más del 20% de las casillas de las tablas de contingencias se reagruparon en dos categorías para poder realizar el análisis (percepción baja: 0-7 y percepción alta: 8-10); en las tablas de cuatro casillas se utilizó el Estadístico exacto de Fisher; y en los casos que se detectó asociación se analizaron las relaciones entre las categorías dos a dos, procediendo a la Corrección de Bonferroni. El resultado fue el siguiente.

- **Sexo:** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la satisfacción global con el servicio recibido (Tabla 17).
- **Edad** (categorías: ≤ 40 años; 41-60 años; > 60 años): no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de edad con respecto a la satisfacción global con el servicio recibido (Tabla 17).
- **Estado civil:** no se encontraron diferencias significativas entre las cuatro categorías (casado/, soltero/a, separado/a y viudo/a) con respecto a la satisfacción general con la atención recibida (Tabla 17).
- **Nivel de estudios:** sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios), detectándose que los pacientes con estudios primarios expresaron mayor grado de satisfacción global con la asistencia recibida que los pacientes con estudios secundarios y universitarios ($p < 0,008$ con Corrección de Bonferroni) (Tabla 17).
- **Situación laboral:** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de pacientes conforme a su situación laboral (Tabla 17).

5.1.3.3. Relación de los factores demográficos y sociales con la dimensión fidelidad con hospital.

Se estudió si existían diferencias entre las distintas categorías de los factores demográficos y sociales y las respuestas a las tres preguntas relacionadas con la fidelidad con el hospital mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson; en las tablas de cuatro casillas se utilizó el Estadístico exacto de Fisher; y en los casos que se detectó asociación se analizaron las relaciones entre las categorías dos a dos, procediendo a la Corrección de Bonferroni. (Tabla 19).

RELACIÓN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FIDELIDAD CON EL HOSPITAL			
FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES	Pregunta 27	Pregunta 28	Pregunta 29
Sexo	Chi ² =12,669 p=0,002	Chi ² =4,795 p=0,029	Chi ² =1,744 p=0,783
Edad categorizada	Chi ² =2,375 p=0,667	Chi ² =4,231 p=0,121	Chi ² =2,649 p=0,618
Estado civil	Chi ² =4,338 p=0,631	Chi ² =0,078 p=0,781	Chi ² =8,720 p=0,366
Nivel de estudios	Chi ² =6,11 p=0,411	Chi ² =4,630 p=0,201	Chi ² =4,069 p=0,667
Situación laboral	Chi ² =6,148 p=0,631	Chi ² =4,526 p=0,340	Chi ² =6,839 p=0,554

Tabla 19. Relación entre factores demográficos y sociales y la fidelidad con el hospital Preguntas 27, 28 y 29 (Fase I). Valor del estadístico Chi-cuadrado de Pearson y nivel de significación estadística. Se resaltan en color rojo las relaciones que resultaron estadísticamente significativas.

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 27 (“El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”) entre las categorías de la variable sexo (Tabla 19). La respuesta **mejor** se dio en un porcentaje similar en los hombres y mujeres (22,6% y 23,9%), mientras que la respuesta **igual** se dio en menor porcentaje en hombres que en mujeres (60% frente a 73,9%) y, por tanto, la respuesta **peor** se dio en mayor porcentaje en hombres que en mujeres (17,4% frente a 2,2%) (Figura 11).

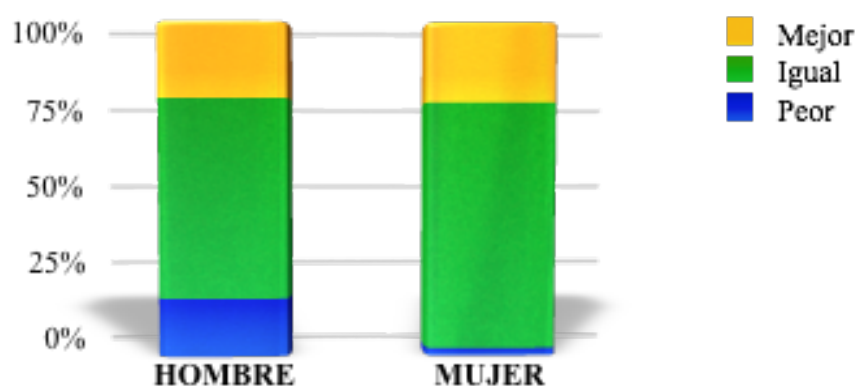


Figura 11. Diagrama de barras de porcentajes de respuestas a la pregunta número 27 (El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?) en cada categoría de la variable sexo (Fase I).

En las respuestas a la pregunta 28 (“¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”) se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de la variable sexo (Tabla 19), ya que un 16,7% de los hombres respondieron que no frente a un 6,6% de las mujeres y, por tanto, un 83,3% de los hombres respondieron que afirmativamente frente a un mayor porcentaje de mujeres (93,4%) (Figura 12).

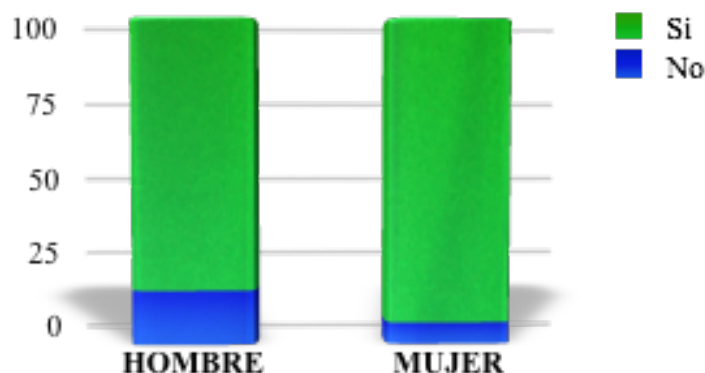


Figura 12. Porcentajes de respuestas a la pregunta número 28 (¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?) en cada categoría de la variable sexo (Fase I).

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de la variable sexo en las respuestas a la pregunta 29 (“Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duque del Infantado, ¿cuál escogería?”) (Tabla 19).

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas a las preguntas 27, 29 y 29 entre las categorías de la variable edad, estado civil, nivel de estudios ni situación laboral (Tabla 19).

5.1.3.4. Relación entre la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción.

Se analizó la relación y la dependencia entre las respuestas a las 25 preguntas sobre percepción de calidad y seguridad y la valoración de la satisfacción con la atención a través del Coeficiente de Correlación Rho de Spearman y el Análisis de Regresión Lineal.

Se detectó que las puntuaciones de las respuestas a las preguntas números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 tenían una correlación moderada con el nivel de satisfacción (coeficiente Rho de Spearman entre 30 y 70) mientras que las preguntas 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 tenían una correlación fuerte (coeficiente Rho de Spearman $> 0,7$) (Tabla 20).

Se realizó un análisis de regresión lineal mediante el procedimiento Pasos Sucesivos resultando un modelo que incluía 6 variables (preguntas 6, 14, 20, 21, 22 y 24) y cuyo Coeficiente de Determinación (R^2 cuadrado corregida) fue de 0,836. Los coeficientes de regresión estandarizados de estas variables se exponen en la Tabla 20.

CORRELACIÓN Y REGRESIÓN LINEAL ENTRE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN				
Preguntas	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		COEFICIENTE DE REGRESIÓN ESTANDARIZADO (BETA) Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	0,512	p=0,000	Variable excluida	
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	0,524	p=0,000	Variable excluida	
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	0,597	p=0,000	Variable excluida	
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	0,65	p=0,000	Variable excluida	
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	0,677	p=0,000	Variable excluida	
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	0,686	p=0,000	0,101	p=0,024
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	0,601	p=0,000	Variable excluida	
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	0,58	p=0,000	Variable excluida	
9. La sala de recuperación en planta es confortable	0,639	p=0,000	Variable excluida	
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	0,571	p=0,000	Variable excluida	
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	0,697	p=0,000	Variable excluida	
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	0,75	p=0,000	Variable excluida	
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	0,726	p=0,000	Variable excluida	
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	0,809	p=0,000	0,189	p=0,001
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	0,799	p=0,000	Variable excluida	
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	0,766	p=0,000	Variable excluida	
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	0,728	p=0,000	Variable excluida	

18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	0,8	p=0,000	Variable excluida	
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	0,76	p=0,000	Variable excluida	
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	0,793	p=0,000	0,239	p=0,000
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	0,739	p=0,000	0,147	p=0,001
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	0,777	p=0,000	0,095	p=0,048
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	0,729	p=0,000	Variable excluida	
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	0,831	p=0,000	0,286	p=0,000
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	0,707	p=0,000	Variable excluida	

Tabla 20. Coeficientes de Correlación de Spearman y Nivel de Significación Estadística entre las respuestas sobre Calidad y Seguridad Percibidas y la de Satisfacción. Coeficientes de Regresión Estandarizados y Nivel de Significación Estadística de las variables incluidas en la ecuación (Fase I).

También se analizó la relación y la dependencia de las dimensiones de la percepción de calidad y seguridad con la satisfacción.

Se detectó que las puntuaciones de las dimensiones servicio confortable, servicio de garantía, servicio personalizado y percepción de seguridad tenían una correlación fuerte (coeficiente Rho de Spearman $> 0,7$) con el nivel de satisfacción (Tabla 21).

Se realizó un análisis de regresión lineal mediante el procedimiento Pasos Sucesivos resultando un modelo que incluía 3 variables (dimensiones servicio de garantía, servicio personalizado y percepción de seguridad) y cuyo Coeficiente de Determinación (R cuadrado corregida) fue de 0,789 (Tabla 21).

CORRELACIÓN Y REGRESIÓN LINEAL ENTRE LAS VALORACIONES DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN				
Dimensiones	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		COEFICIENTE DE REGRESIÓN ESTANDARIZADO (BETA) Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
Servicio accesible	0,621	p=0,000	Variable excluida	
Servicio confortable	0,738	p=0,000	Variable excluida	
Servicio de garantía	0,832	p=0,000	0,316	p=0,000
Servicio personalizado	0,832	p=0,000	0,261	p=0,001
Percepción de seguridad	0,836	p=0,000	0,354	p=0,000

Tabla 21. Coeficientes de Correlación de Spearman y Nivel de Significación Estadística entre las valoraciones a las dimensiones de Calidad y Seguridad Percibidas y la de Satisfacción. Coeficientes de Regresión Estandarizados y Nivel de Significación Estadística de las variables incluidas en la ecuación (Fase I).

5.2. RESULTADOS FASE II.

5.2.1. Cuestionarios válidos.

Fue preciso realizar 766 llamadas para obtener 420 encuestas telefónicas en la fase II del estudio, lo que supone una Tasa de Respuesta del 55%. Una vez analizados se consideraron válidos para el análisis 299, es decir, aquellos que tenían completadas en su totalidad las preguntas correspondientes al bloque sobre calidad percibida y satisfacción con la atención recibida (primeras 26 preguntas del cuestionario).

5.2.2. Análisis descriptivo de las respuestas.

5.2.2.1. Análisis descriptivo de los datos demográficos y sociales.

- **Sexo:** de los 299 cuestionarios válidos 141 (47%) fueron contestados por hombres y 158 (53%) por mujeres (Tabla 22).
- **Edad:** se detectó una media de edad de 50,44 años con una desviación típica de 15,1 años (intervalo de confianza al 95%: 48,73-52,16)); la edad más frecuente fue 63 años (moda); la mediana fue de 53 siendo al percentil 25 de 40 años y el percentil 75 de 63 años; el valor mínimo fue 13 años y el máximo 83 (Tabla 23). Agrupando la edad en tres categorías (menores o iguales a 40 años; entre 41 y 60 años; e iguales o mayores de 61 años), resultan las siguientes frecuencias y porcentajes que muestran la Tabla 22.
- **Estado civil:** el análisis de los 299 cuestionarios revela que 183 (61,2%) manifestaban como estado civil casado/a; otros 74 (24%) soltero/a; 24(6%) separado/a; y 18 (6%) viudo/a. (Tabla 22).
- **Nivel de estudios:** de los 299 encuestados 38 (13%) manifestaron no poseer ningún tipo de estudios; 120 (40%) afirmaron haber completado estudios primarios; 94 (31%) estudios secundarios; y 47 (16%) estudios universitarios (Tabla 22).
- **Situación laboral:** del total de los 299 entrevistados 11 (4%) manifestaron estar estudiando; 49 (16%) en situación de desempleo; 119 (40%) trabajando; 65 (22%) amas/os de casa; y 55 (18%) jubilación. En la Tabla 16 se representa junto con las variables anteriores (Tabla 22).

DATOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES				
VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES	PORCENTAJES VÁLIDOS
Sexo	Hombre	141	47,2%	47,2%
	Mujer	158	52,8%	52,8%
Edad	<= 40	79	26,4%	26,4%
	41-60	124	41,5%	41,5%
	>=61	96	32,1%	32,1%
Estado civil	Casado/a	134	61,2%	61,2%
	Soltero/a	49	24,7%	24,7%
	Separado/a	12	8%	8%
	Viudo/a	16	6%	6%
Nivel de estudios	Sin estudios	38	12,7%	12,7%
	Primarios	120	40,1%	40,1%
	Secundarios	94	31,4%	31,4%
	Universitarios	47	15,7%	15,7%
Situación laboral	Estudiando	11	3,7%	3,7%
	Desempleo	49	16,4%	16,4%
	Trabajando	119	39,8%	39,8%
	Ama/o de casa	65	21,7%	21,7%
	Jubilación	55	18,4%	18,4%

Tabla 22. Análisis descriptivo de las variables demográficas y sociales (Fase II)

DESCRIPTIVOS DE EDAD EN AÑOS			
CASOS	FRECUENCIAS	ESTADÍSTICOS	VALORES
Válidos	299	Media	50,44
		Error típico media	0,873
		Intervalo de confianza al 95%	Límite inferior 48,73
			Límite superior 52,16
		Desviación típica	15,1
		Moda	63
		Mediana	53
		Percentil 25	40
		Percentil 75	63
		Percentil 10	28
		Percentil 90	68
		Mínimo	13
		Máximo	81
Perdidos	0		

Tabla 23. Análisis descriptivo de la variable edad en años (Fase II)

5.2.2.2. Análisis descriptivo de calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

5.2.2.2.1. Primer bloque.

De los dos bloques del cuestionario con preguntas sobre calidad percibida el primero está compuesto por las primeras 25 preguntas que miden cuatro de las dimensiones de la calidad percibida como son accesibilidad del servicio, servicio confortable, servicio personalizado y servicio de garantía, así como la percepción de seguridad, y la número 26 que mide la satisfacción global con el servicio recibido. Las frecuencias y porcentajes de cada una de las posibilidades de respuestas a cada pregunta se exponen en la Tabla 24.

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS RESPUESTAS AL PRIMER BLOQUE DE PREGUNTAS SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCION CON LA ATENCIÓN RECIBIDA												
Preguntas	Opciones de respuesta											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Frecuencia	5	2	1	4	5	26	30	52	70	42	62
	Porcentaje	1,7	0,7	0,3	1,3	1,7	8,7	10	17,4	23,4	14	20,7
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Frecuencia	1	0	1	1	6	23	27	50	83	40	67
	Porcentaje	0,3	0	0,3	0,3	2	7,7	9	16,7	27,8	13,4	22,4
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Frecuencia	3	1	1	2	6	26	20	59	78	45	58
	Porcentaje	1,0	0,3	0,3	0,7	2	8,7	6,7	19,7	26,1	15,1	19,4
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Frecuencia	0	1	1	3	6	26	29	55	63	50	65
	Porcentaje	0	0,3	0,3	1	2	8,7	9,7	18,4	21,1	16,7	21,7
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Frecuencia	0	0	1	0	4	8	17	35	75	58	101
	Porcentaje	0	0	0,3	0	1,3	2,7	5,7	11,7	25,1	19,4	33,8
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Frecuencia	0	0	0	0	0	4	6	32	59	75	123
	Porcentaje	0	0	0	0	0	1,3	2	10,7	19,7	25,1	41,1
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Frecuencia	1	0	3	2	6	12	17	43	65	63	87
	Porcentaje	0,3	0	1,0	0,7	4	5,7	14,4	21,7	21,1	29,1	29,1
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Frecuencia	1	1	1	4	3	21	23	52	72	56	65
	Porcentaje	0,3	0,3	0,3	1	1	7	7,7	17,4	24,1	18,7	21,7
9. La sala de recuperación en planta es confortable	Frecuencia	0	1	2	0	6	12	19	47	76	60	76
	Porcentaje	0	0,3	0,7	0	2	4	6,4	15,7	25,4	20,1	25,4
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Frecuencia	7	2	4	9	11	33	20	45	61	52	55
	Porcentaje	2,3	0,7	1,3	3	3,7	11	6,7	15,1	20,4	17,4	18,4
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Frecuencia	5	1	1	2	2	17	20	28	79	56	88
	Porcentaje	1,7	0,3	0,3	0,7	0,7	5,7	6,7	9,4	26,4	18,7	29,4
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Frecuencia	1	0	0	0	0	7	8	35	53	75	120
	Porcentaje	0,3	0	0	0	0	2,3	2,7	11,7	17,7	25,1	40,1

13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Frecuencia	5	0	0	4	2	13	6	31	57	63	118
	Porcentaje	1,7	0	0	1,3	0,7	4,3	2	10,4	19,1	21,1	39,5
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Frecuencia	5	0	0	1	2	6	10	23	76	68	108
	Porcentaje	1,7	0	0	0,3	0,7	2	3,3	7,7	25,4	22,7	36,1
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Frecuencia	7	0	0	1	1	5	18	30	75	65	97
	Porcentaje	2,3	0	0	0,3	0,3	1,7	6	10	25,1	21,7	31,4
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Frecuencia	4	0	1	4	3	6	12	31	71	64	103
	Porcentaje	1,3	0	0,3	1,3	1	2	4	10,4	23,7	21,4	34,4
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Frecuencia	5	0	0	0	2	7	8	23	65	56	133
	Porcentaje	1,7	0	0	0	0,7	2,3	2,7	7,7	21,7	18,7	44,5
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Frecuencia	1	0	0	0	1	5	10	30	64	62	126
	Porcentaje	0,3	0	0	0	0,3	1,7	3,3	10	21,4	20,7	42,1
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Frecuencia	7	0	2	1	1	7	7	24	53	63	134
	Porcentaje	2,3	0	0,7	0,3	0,3	2,3	2,3	8	17,7	21,1	44,8
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Frecuencia	2	0	1	1	1	3	5	16	56	64	150
	Porcentaje	0,7	0	0,3	0,3	0,3	1	1,7	5,4	18,7	21,4	50,2
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Frecuencia	2	0	0	0	3	8	7	23	62	61	133
	Porcentaje	0,7	0	0	0	1	2,7	2,3	7,7	20,7	20,4	44,5
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Frecuencia	6	0	2	3	3	11	17	28	68	59	102
	Porcentaje	2	0	0,7	1	1	3,7	5,7	9,4	22,7	19,7	34,1
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Frecuencia	4	0	1	4	4	12	15	22	73	59	105
	Porcentaje	1	0	0,3	1,3	1,3	4	5	7,4	24,4	19,7	35,1
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Frecuencia	5	1	0	4	1	8	8	27	71	72	102
	Porcentaje	1,7	0,3	0	1,3	0,3	2,7	2,7	9	23,7	24,1	34,1
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Frecuencia	1	0	0	0	0	10	14	34	84	64	92
	Porcentaje	0,3	0	0	0	0	3,3	4,7	11,4	28,1	21,4	30,8

26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Frecuencia	3	0	0	1	1	6	7	23	80	69	109
	Porcentaje	1	0	0	0,3	0,3	2	2,3	7,7	26,8	23,1	36,5

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (Fase II).

El valor mínimo fue de 0 para la mayoría de las preguntas, excepto para las preguntas número 4 (que tuvo un valor mínimo de 1), la pregunta 5 (valor mínimo de 2), la pregunta 6 (valor mínimo de 5) y la pregunta 9 (con valor mínimo de 1). Todas tuvieron un valor máximo de 10 (Tabla 25).

El valor más frecuentemente contestado, es decir la moda, para las preguntas 1, 2, 3, 8, 9 y 10 fue de 8, siendo para el resto (20 preguntas) el valor 10. La mediana fue de 8 ó 9 salvo en la pregunta número 20 que fue de 10, lo que implica que el 50% de las valoraciones de todos los ítems fue de un valor de 8 ó mayor. Salvo en la pregunta número 10 el percentil 25 fue 7 u 8 lo que indica que un 75% puntuó 7 o más en sus respuestas (Tabla 25).

La pregunta número 10 (“La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta”) es la que tiene un valor más bajo para el percentil 25 que es de 6. La pregunta número 20 (“¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?”) obtuvo una mediana de 10 que indica que el 50% de los encuestados la valoró con una puntuación de 10 o mayor (Tabla 25).

La satisfacción con la atención recibida (pregunta 26) tuvo como mediana el valor 9 lo que significa que el 50% de los sujetos de la muestra valoraron este ítem con una puntuación de 9 ó 10 (Tabla 25).

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS RESPUESTAS SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA							
Preguntas	Mediana	Rango Intercuartil	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	8	2	8	0	10	7	9
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	8	2	8	0	10	7	9
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	8	2	8	0	10	7	9
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	8	2	10	1	10	7	9
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	9	2	10	2	10	8	10
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	9	2	10	5	10	8	10
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	9	3	10	0	10	7	10
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	8	3	8	0	10	7	10
9. La sala de recuperación en planta es confortable	8	3	8	1	10	7	10
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	8	4	8	0	10	6	10
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	8	3	10	0	10	7	10
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	9	2	10	0	10	8	10
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	9	2	10	0	10	8	10
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	9	2	10	0	10	8	10
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	9	2	10	0	10	8	10
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	9	2	10	0	10	8	10

17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	9	2	10	0	10	8	10
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	9	2	10	0	10	8	10
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	9	2	10	0	10	8	10
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	10	2	10	0	10	8	10
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	9	2	10	0	10	8	10
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	9	2	10	0	10	8	10
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	9	2	10	0	10	8	10
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	9	2	10	0	10	8	10
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	9	2	10	0	10	8	10
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	9	2	10	0	10	8	10

Tabla 25. Análisis descriptivo de las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (Fase II).

Se agruparon los resultados a las preguntas del primer bloque en tres categorías:

- Valoración baja: 0 a 4.
- Valoración intermedia: 5 a 7.
- Valoración alta: 8 a 10.

En la tabla 26 se exponen las frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque.

PRIMER BLOQUE DE PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO Y RESPUESTA AGRUPADAS				
Preguntas	Recuento y porcentaje	Valoración		
		Baja	Media	Alta
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Recuento	17	108	174
	Porcentaje	5,7%	36,1%	58,2%
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Recuento	9	100	190
	Porcentaje	3%	33,4%	63,5%
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Recuento	13	105	181
	Porcentaje	4,3%	35,1%	60,5%
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Recuento	13	105	181
	Porcentaje	4,3%	35,1%	60,5%
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Recuento	5	60	234
	Porcentaje	1,7%	20,1%	78,3%
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Recuento	0	42	257
	Porcentaje	0%	14%	86%
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Recuento	12	72	215
	Porcentaje	4%	24,1%	71,9%
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Recuento	10	96	193
	Porcentaje	3,3%	32,1%	64,5%
9. La sala de recuperación en planta es confortable	Recuento	9	78	212
	Porcentaje	3%	26,1%	70,9%
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Recuento	33	98	168
	Porcentaje	11%	32,8%	56,2%
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Recuento	11	65	223
	Porcentaje	3,7%	21,7%	74,6%
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Recuento	1	50	248
	Porcentaje	0,3%	16,7%	82,9%
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Recuento	11	50	238
	Porcentaje	3,7%	16,7%	79,6%
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Recuento	8	39	252
	Porcentaje	2,7%	13%	84,3%
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Recuento	9	53	237
	Porcentaje	3%	17,7%	79,3%

16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Recuento	12	49	238
	Porcentaje	4%	16,4%	79,6%
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Recuento	7	38	254
	Porcentaje	2,3%	12,7%	84,9%
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Recuento	2	45	252
	Porcentaje	0,7%	15,1%	84,3%
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Recuento	11	38	250
	Porcentaje	3,7%	12,7%	83,6%
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Recuento	5	24	270
	Porcentaje	1,7%	8%	90,3%
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Recuento	5	38	256
	Porcentaje	1,7%	12,7%	85,6%
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Recuento	14	56	229
	Porcentaje	4,7%	18,7%	76,6%
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Recuento	13	49	237
	Porcentaje	4,3%	16,4%	79,3%
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Recuento	11	43	245
	Porcentaje	3,7%	14,4%	81,9%
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Recuento	1	58	240
	Porcentaje	0,3%	19,4%	80,3%
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Recuento	5	36	258
	Porcentaje	1,7%	12%	86,3%

Tabla 26. Frecuencias y porcentajes de las respuestas a las preguntas del primer bloque agrupadas en categorías (Fase II).

La valoración de la dimensión **servicio accesible** fue alta para al menos el 58,2% de los encuestados en la fase II.

La valoración de la dimensión **servicio confortable** fue alta para al menos el 59,5% de los encuestados en la fase II.

La valoración de la dimensión **servicio personalizado** fue alta para al menos el 74,6% de los encuestados en la fase II.

La valoración de la dimensión **servicio de garantía** fue alta para al menos el 56,2% de los encuestados en la fase I para la pregunta número 10, sin embargo, para el resto de las preguntas de la dimensión la valoración fue alta para al menos el 76,6%.

La valoración de las preguntas sobre **percepción de seguridad** fue alta para al menos el 79,3% de los encuestados en la fase II.

La satisfacción fue alta (con valoración de 8 ó mayor) para el 86,3% de los encuestados en la fase II.

5.2.2.2. Segundo bloque.

Los resultados a las preguntas del segundo bloque relacionadas con la dimensión fidelidad como componente de la calidad percibida fueron las siguientes:

- **Pregunta 27 (El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?).** Los resultados fueron: peor con 43 (14%) de las respuestas; igual con 204 (68%); mejor con 39 (13%); y sin respuesta 13 (4%) (Figura 13).

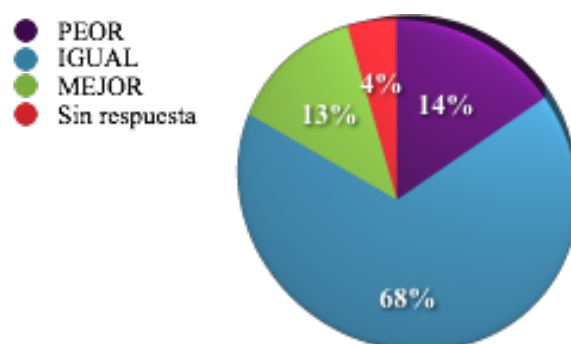


Figura 13. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 27 (Fase II). El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?

- **Pregunta 28 (“¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”).** Los resultados fueron los siguientes: “no” con una cifra de 18 (6%); “sí” con 273 (91%); y sin respuesta 8 (3%) (Figura 14).

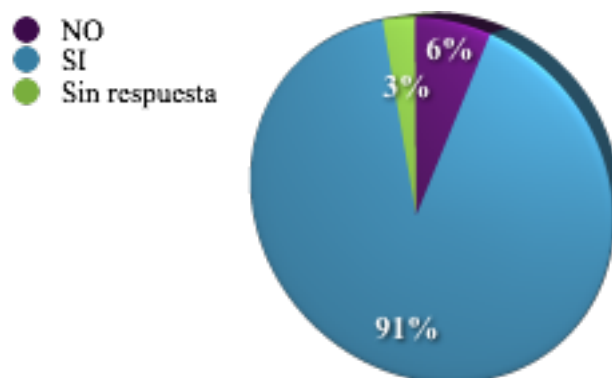


Figura 14. Gráfico de sectores pregunta 28 (Fase II)
¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?

- **Pregunta 29 (Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duques del Infantado, ¿cuál escogería?).** Las respuestas fueron: Hospital Duques el Infantado con 106 (35%); Hospital Virgen del Rocío con 174 (58%); Hospital Virgen Macarena con 5 (2%); y sin respuesta 14 (5%) (Figura 15).

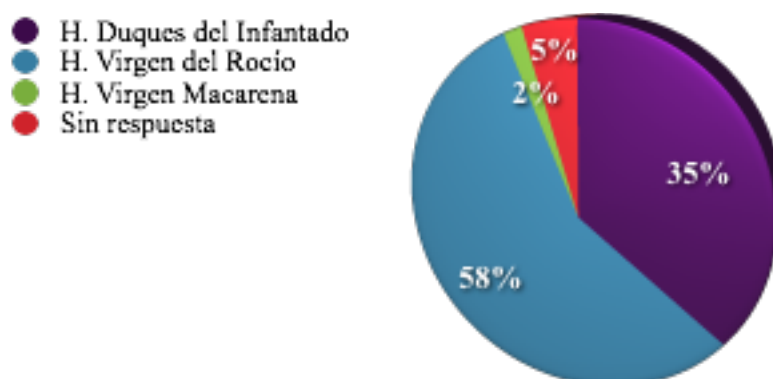


Figura 15. Gráfico de sectores de porcentajes de respuestas a la pregunta 29 (Fase II).
Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duques del Infantado, ¿cuál escogería?

5.2.2.3. Análisis descriptivo de las propuestas de mejora.

Las propuestas de mejoras se solicitaron a través de la pregunta número 30, “¿Qué cree que es lo primero que hay que mejorar del hospital?”. Esta pregunta es de tipo abierto siendo las respuestas los comentarios que expresaron los pacientes de forma libre. Del total de los 299 pacientes encuestados 111 (37,1%) no expresaron ninguna propuesta. Las respuestas de los 188 (62,9%) cuestionarios restantes se analizaron y clasificaron agrupándolas en categorías que resumen los comentarios obtenidos. Cabe aclarar que los encuestados pueden emitir más de una propuesta o comentario, cada uno de los cuales se han computado a la categoría correspondiente. Son las siguientes:

- Accesos al hospital y aparcamiento: 32 comentarios (10,7% de los encuestados).
- Accesibilidad para discapacitados: 1 comentario (0,3% de los encuestados).
- Tecnología: 6 comentarios (2,0% de los encuestados).
- Mobiliario y enseres: 3 comentarios (0,9% de los encuestados).
- Estado y antigüedad de las instalaciones: 118 comentarios (39,4% de los encuestados).
- Indicaciones e información: 17 (5,6% de los encuestados).
- Intervención quirúrgica: 1 comentario (0,3% de los encuestados).
- Tiempo de espera: 16 comentarios (5,3% de los encuestados).
- Información médica: 11 comentarios (3,6% de los encuestados).
- Relación con personal sanitario: 7 comentarios (2,3% de los encuestados).
- Dotación de personal: 3 comentarios (0,9% de los encuestados).
- Alta precoz: 3 comentarios (0,9% de los encuestados).
- Demora de cita en consulta: 9 comentarios (4,7% de los encuestados).
- Todo: 1 comentario (0,3% de los encuestados).

5.2.2.4. Análisis descriptivo de las observaciones.

El apartado de observaciones del cuestionario fue completado por 91 (30,4%) de los 299 encuestados. Se analizaron y agruparon las respuestas siendo el resultado el siguiente:

- Quejas sobre lista espera prequirúrgica: 3 comentarios (0,9% de los encuestados).
- Quejas sobre organización: 2 comentarios (0,7% de los encuestados).
- Queja sobre tecnología: 1 comentario (0,3% de los encuestados).
- Quejas sobre tiempo de espera: 2 comentarios (0,7% de los encuestados).
- Queja sobre la sala de espera: 1 comentario (0,3% de los encuestados).

- Quejas sobre el procedimiento anestésico: 4 comentarios (1,3% de los encuestados).
- Quejas sobre información facilitada por el médico: 7 comentarios (2,3% de los encuestados).
- Quejas sobre la sala de recuperación: 2 comentarios (0,7% de los encuestados).
- Queja sobre material de lencería: 1 comentario (0,3% de los encuestados).
- Queja sobre falta de intimidad: 1 comentario (0,3% de los encuestados).
- Quejas sobre alta precoz: 4 comentarios (1,3% de los encuestados).
- Quejas sobre tratamiento prescrito al alta: 5 comentarios (1,6% de los encuestados).
- Quejas sobre funcionamiento del teléfono de atención urgente: 3 comentarios (0,9% de los encuestados).
- Insatisfacción con los resultados de la intervención: 13 comentarios (4,3% de los encuestados).
- Quejas sobre demora en la cita en consulta: 2 comentarios (0,7% de los encuestados).
- Quejas sobre error en las citas: 2 comentarios (0,7% de los encuestados).
- Felicitaciones: 33 comentarios (11,0% de los encuestados).
- Insatisfacción general: 6 comentarios (2,0% de los encuestados).

5.2.3. Análisis bivalente.

5.2.3.1. Relación de los factores demográficos y sociales y las respuestas al cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas.

Se agruparon los valores de las respuestas a las preguntas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas en tres categorías (percepción baja: 0-4; percepción intermedia: 5-7; y percepción alta: 8-10) y se analizó su relación con los factores demográficos y sociales mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson. En los casos en los que el número de frecuencias esperadas fueron menores a 5 en más del 20% de las casillas de las tablas de contingencias se reagruparon en dos categorías para poder realizar el análisis (percepción baja: 0-7 y percepción alta: 8-10) y en las tablas de cuatro casillas se utilizó el Estadístico exacto de Fisher. Se valoró también las relaciones con el valor total y las dimensiones de la percepción de calidad y seguridad mediante las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. En los casos que se detectó asociación, se analizaron las relaciones entre las categorías dos a dos, procediendo a la Corrección de Bonferroni para valorar la significación estadística. En los resultados fueron los siguientes:

- **Sexo:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a las preguntas 4, 23 y 25 con mayor porcentaje de mujeres con respuestas altas que de hombres, aunque no se detectaron diferencias en la valoración total ni en cada una de las dimensiones de la percepción de calidad y seguridad (Tablas 27 y 28).
- **Edad** (categorías: ≤ 40 años; 41-60 años; > 60 años): se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de la variable edad para las preguntas 1, 2, 4, 8, 10, 11 y 23, así como en las dimensiones servicio accesible, servicio confortable y servicio de garantía, en las que los pacientes en la categoría >60 años valoraron en mayor porcentaje con puntuaciones altas ($<0,01$ con Corrección de Bonferroni) (Tablas 27 y 28).
- **Estado civil:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 4 en la que los pacientes solteros valoraron más bajo que los viudos y casados ($<0,008$ con Corrección de Bonferroni); en las respuestas a la valoración total ni de cada una de las dimensiones de percepción de calidad y seguridad, entre las categorías del estado civil (Tablas 27 y 28).
- **Nivel de estudios:** se detectaron diferencias estadísticamente significativa en la valoración global y en las dimensiones de calidad percibida, pero no en la dimensión percepción de seguridad; sí se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 4, y en las dimensiones servicio confortable y servicio de garantía, en las que los pacientes sin estudios y con estudios primarios valoraron con puntuaciones más altas en mayores porcentajes que los que tenían estudios universitarios; también se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a las preguntas 5, 7, 9, 10 y 13, en la dimensión servicio accesible, con mayor puntuación en los pacientes sin estudios y menor en los universitarios; y en la pregunta 17 y la dimensión servicio personalizado se detectaron diferencias estadísticamente significativas con mayor porcentaje de respuestas de mayor puntuación entre los que tenían estudios primarios frente a los universitarios con menor porcentaje ($p<0,008$ con Corrección de Bonferroni) (Tablas 27 y 28).
- **Situación laboral:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 4 en la que los/as amos/as de casa y jubilados/as puntuaron con valores más altos frente a los pacientes que estaban trabajando; se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 11 en la que los/as amos/as de casa valoraron con mayor puntuación en mayor porcentaje frente a los desempleados; se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las

respuestas a la pregunta 13 en la que los/as amos/as de casa valoraron con mayor puntuación en mayor porcentaje frente a los estudiantes; y en la pregunta 23 que fue valorada con menor puntuación por los estudiantes; se detectaron diferencias a nivel en la dimensión servicio de garantía con peor valoración en pacientes estudiando frente a jubilados y amos/os de casa ($p < 0,005$ con Corrección de Bonferroni) (Tablas 27 y 28).

RELACIÓN ENTRE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES Y LAS RESPUESTAS SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS					
Preguntas	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de estudios	Situación laboral
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Chi ² =2,389 p=0,303	Chi ² =12,327 p=0,015	Chi ² =7,393 p=0,286	Chi ² =5,471 p=0,485	Chi ² =10,848 p=0,210
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Chi ² =3,889 p=0,143	Chi ² =13,622 p=0,001	Chi ² =10,305 p=0,112	Chi ² =5,474 p=0,485	Chi ² =12,008 p=0,151
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Chi ² =1,470 p=0,479	Chi ² =9,254 p=0,55	Chi ² =4,460 p=0,615	Chi ² =5,269 p=0,510	Chi ² =2,217 p=0,974
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Chi ² =6,936 p=0,031	Chi ² =24,607 p=0,000	Chi ² =18,317 p=0,000	Chi ² =27,080 p=0,000	Chi ² =19,422 p=0,001
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Chi ² =1,707 p=0,426	Chi ² =6,625 p=0,898	Chi ² =2,295 p=0,891	Chi ² =14,797 p=0,002	Chi ² =5,888 p=0,660
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Chi ² =3,747 p=0,053	Chi ² =1,682 p=0,431	Chi ² =3,465 p=0,325	Chi ² =6,900 p=0,075	Chi ² =2,708 p=0,608
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Chi ² =1,136 p=0,567	Chi ² =6,944 p=0,139	Chi ² =10,353 p=0,111	Chi ² =14,908 p=0,002	Chi ² =9,085 p=0,335
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Chi ² =0,229 p=0,89	Chi ² =8,641 p=0,013	Chi ² =5,533 p=0,478	Chi ² =8,182 p=0,055	Chi ² =10,465 p=0,234
9. La sala de recuperación en planta es confortable	Chi ² =1,027 p=0,311	Chi ² =5,972 p=0,201	Chi ² =8,668 p=0,193	Chi ² =12,296 p=0,006	Chi ² =8,648 p=0,373
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Chi ² =0,336 p=0,845	Chi ² =11,976 p=0,018	Chi ² =8,365 p=0,213	Chi ² =10,197 p=0,017	Chi ² =6,707 p=0,569
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Chi ² =761 p=0,684	Chi ² =8,316 p=0,016	Chi ² =5,239 p=0,514	Chi ² =7,082 p=0,313	Chi ² =13,417 p=0,009
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Chi ² =1,344 p=0,511	Chi ² =5,797 p=0,215	Chi ² =7,857 p=0,249	Chi ² =10,628 p=0,101	Chi ² =11,338 p=0,183

13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Chi ² =3,351 p=0,187	Chi ² =4,749 p=0,314	Chi ² =7,011 p=0,320	Chi ² =10,338 p=0,016	Chi ² =13,670 p=0,008
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Chi ² =1,600 p=0,449	Chi ² =2,565 p=0,633	Chi ² =6,062 p=0,416	Chi ² =6,022 p=0,421	Chi ² =11,194 p=0,191
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Chi ² =1,482 p=0,477	Chi ² =6,587 p=0,159	Chi ² =8,974 p=0,175	Chi ² =5,406 p=0,493	Chi ² =13,804 p=0,087
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Chi ² =1,589 p=0,452	Chi ² =4,570 p=0,334	Chi ² =6,425 p=0,377	Chi ² =3,588 p=0,732	Chi ² =8,908 p=0,350
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Chi ² =1,706 p=0,426	Chi ² =2,627 p=0,622	Chi ² =6,725 p=0,347	Chi ² =10,270 p=0,016	Chi ² =4,621 p=0,797
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Chi ² =2,257 p=0,324	Chi ² =7,445 p=0,114	Chi ² =8,732 p=0,189	Chi ² =4,263 p=0,641	Chi ² =9,905 p=0,272
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Chi ² =1,456 p=0,483	Chi ² =2,908 p=0,573	Chi ² =4,38 p=0,624	Chi ² =4,712 p=0,581	Chi ² =8,818 p=0,358
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Chi ² =1,698 p=0,428	Chi ² =3,732 p=0,443	Chi ² =5,234 p=0,514	Chi ² =9,117 p=0,167	Chi ² =5,687 p=0,
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Chi ² =2,439 p=0,295	Chi ² =6,147 p=0,188	Chi ² =2,568 p=0,861	Chi ² =2,985 p=0,811	Chi ² =9,611 p=0,293
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Chi ² =2,566 p=0,277	Chi ² =5,914 p=0,206	Chi ² =4,795 p=0,570	Chi ² =11,156 p=0,084	Chi ² =9,715 p=0,055
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Chi ² =9,080 p=0,011	Chi ² =13,855 p=0,001	Chi ² =11,689 p=0,069	Chi ² =5,306 p=0,505	Chi ² =16,974 p=0,002
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Chi ² =2,999 p=0,223	Chi ² =3,408 p=0,492	Chi ² =6,233 p=0,398	Chi ² =4,469 p=0,614	Chi ² =7,847 p=0,097
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Chi ² =3,365 p=0,037	Chi ² =7,189 p=0,126	Chi ² =4,026 p=0,673	Chi ² =5,327 p=0,503	Chi ² =9,969 p=0,267
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Chi ² =0,50 p=0,823	Chi ² =7,189 p=0,126	Chi ² =1,552 p=0,670	Chi ² =1,629 p=0,653	Chi ² =2,305 p=0,680

Tabla 27. Relación entre factores demográficos y sociales y las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida de Fase II. Valor del estadístico Chi-cuadrado de Pearson y nivel de significación estadística. Se resalta en rojo las respuestas con diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de factores demográficos y sociales.

RELACIÓN ENTRE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES Y LAS DIMENSIONES CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS					
Dimensiones	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de estudios	Situación laboral
Servicio accesible	p=0,134	p=0,001	p=0,052	p=0,017	p=0,128
Servicio confortable	p=0,409	p=0,024	p=0,299	p=0,000	p=0,369
Servicio de garantía	p=0,508	p=0,042	p=0,112	p=0,030	p=0,034
Servicio personalizado	p=0,344	p=0,089	p=0,245	p=0,030	p=0,098
Percepción de seguridad	p=0,340	p=0,174	p=0,141	p=0,064	p=0,216
Calidad percibida	p=0,401	p=0,026	p=0,173	p=0,005	p=0,110

Tabla 28. Relación entre factores demográficos y sociales y las valoraciones de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas de Fase II. Nivel de significación estadística de la prueba U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis. Se resaltan en color rojo las respuestas con diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de factores demográficos y sociales.

5.2.3.2. Relación de los factores demográficos y sociales y la satisfacción global con la asistencia recibida.

Se valoró la relación de las variables demográficas y sociales (sexo, edad categorizada, estado civil, nivel de estudios y situación laboral) con la satisfacción global con la asistencia recibida mediante las pruebas U de Mann-Whitney en el caso de variables dicotómicas y Kruskal–Wallis para las policotómicas. El resultado fue el siguiente (Tabla 27).

- **Sexo:** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la satisfacción global con el servicio recibido.
- **Edad** (categorías: ≤ 40 años; 41-60 años; > 60 años): no se encontraron diferencias significativas entre las distintas categorías de edad con respecto a la satisfacción global con el servicio recibido.
- **Estado civil:** no se encontraron diferencias significativas entre las cuatro categorías (casado/a, soltero/a, separado/a y viudo/a) con respecto a la satisfacción general con la atención recibida.

- **Nivel de estudios:** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios)
- **Situación laboral:** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de pacientes conforme a su situación laboral.

5.2.3.3. Relación de los factores demográficos y sociales con la dimensión fidelidad con hospital.

Se estudió si existían diferencias entre las distintas categorías de los factores demográficos y sociales y las respuestas a las tres preguntas relacionadas con la fidelidad con el hospital (Tabla 29).

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de las categorías de las variables sexo a las preguntas 27 (“El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”), tampoco a la pregunta 28 (“¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”) ni a la pregunta 29 (“Entre otro hospital público de la ciudad y el Hospital Duque del Infantado, ¿cuál escogería?”).

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las repuestas de las categorías de la variable edad a las preguntas 27, 28 y 29.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las repuestas de las categorías de la variable estado civil a las preguntas 27, 28 y 29.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las repuestas de las categorías de la variable nivel de estudios a las preguntas 27, 28 y 29.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las repuestas de las categorías de la variable estado civil a las preguntas 27, 28 y 29.

RELACIÓN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FIDELIDAD CON EL HOSPITAL			
FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES	Pregunta 27	Pregunta 28	Pregunta 29
Sexo	p=0,447	p=0,529	p=0,147
Edad categorizada	p=0,338	p=0,220	p=0,189
Estado civil	p=0,249	p=0,534	p=0,707
Nivel de estudios	p=0,904	p=0,427	p=0,432
Situación laboral	p=0,430	p=0,808	p=0,365

Tabla 29. Relación entre factores demográficos y sociales y la fidelidad con el hospital Preguntas 27, 28 y 29 (Fase II). Valor del estadístico Chi-cuadrado de Pearson y nivel de significación estadística.

5.2.3.4. Relación entre la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción.

Se analizó la relación y la dependencia entre las respuestas a las 25 preguntas sobre percepción de calidad y seguridad y la valoración de la satisfacción con la atención a través del Coeficiente de Correlación Rho de Spearman y el Análisis de Regresión Lineal.

Se detectó que las puntuaciones de las respuestas a las preguntas números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 tenían un coeficiente de correlación moderada (coeficiente Rho de Spearman entre 30 y 70) con el nivel de satisfacción, mientras que las preguntas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 tenían una correlación fuerte (coeficiente Rho de Spearman $> 0,7$) (Tabla 30).

Se realizó un análisis de regresión lineal mediante el procedimiento Pasos Sucesivos resultando un modelo que incluía 8 variables (preguntas 10, 14, 17, 19, 20, 23, 24 y 25) y cuyo Coeficiente de Determinación (R cuadrado corregida) fue de 0,869. Los coeficientes de regresión estandarizados de estas variables se exponen en la Tabla 30.

CORRELACIÓN Y REGRESIÓN LINEAL ENTRE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN				
Preguntas	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESSTATÍSTICA		COEFICIENTE DE REGRESIÓN ESTANDARIZADO (BETA) Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	0,411	p=0,000	Variable excluida	
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	0,374	p=0,000	Variable excluida	
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	0,579	p=0,000	Variable excluida	
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	0,471	p=0,000	Variable excluida	
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	0,584	p=0,000	Variable excluida	
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	0,621	p=0,000	Variable excluida	
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	0,543	p=0,000	Variable excluida	
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	0,608	p=0,000	Variable excluida	
9. La sala de recuperación en planta es confortable	0,595	p=0,000	Variable excluida	
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	0,457	p=0,000	0,068	p=0,005
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	0,736	p=0,000	Variable excluida	
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	0,732	p=0,000	Variable excluida	
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	0,736	p=0,000	Variable excluida	
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	0,819	p=0,000	0,31	p=0,000
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	0,767	p=0,000	Variable excluida	
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	0,773	p=0,000	Variable excluida	
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	0,722	p=0,000	0,066	p=0,039

18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	0,752	p=0,000	Variable excluida	
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	0,705	p=0,000	0,097	p=0,005
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	0,744	p=0,000	0,239	p=0,000
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	0,708	p=0,000	Variable excluida	
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	0,755	p=0,000	Variable excluida	
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	0,707	p=0,000	0,111	p=0,001
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	0,807	p=0,000	0,164	p=0,000
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	0,812	p=0,000	0,181	p=0,000

Tabla 30. Coeficientes de Correlación de Spearman y Nivel de Significación Estadística entre las respuestas sobre Calidad y Seguridad Percibidas y la de Satisfacción. Coeficientes de Regresión Estandarizados y Nivel de Significación Estadística de las variables incluidas en la ecuación (Fase II).

También se analizó la relación y la dependencia de las dimensiones de la percepción de calidad y seguridad con la satisfacción.

Se detectó que las puntuaciones de las dimensiones servicio de garantía, servicio personalizado y percepción de seguridad tenían una correlación fuerte (coeficiente Rho de Spearman $> 0,7$) con el nivel de satisfacción (Tabla 31).

Se realizó un análisis de regresión lineal mediante el procedimiento Pasos Sucesivos resultando un modelo que incluía 3 variables (dimensiones servicio de garantía, servicio personalizado y percepción de seguridad) y cuyo Coeficiente de Determinación (R cuadrado corregida) fue de 0,837 (Tabla 31).

CORRELACIÓN Y REGRESIÓN LINEAL ENTRE LAS VALORACIONES DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN				
Dimensiones	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		COEFICIENTE DE REGRESIÓN ESTANDARIZADO (BETA) Y NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
Servicio accesible	0,484	p=0,000	Variable excluida	
Servicio confortable	0,613	p=0,000	Variable excluida	
Servicio de garantía	0,881	p=0,000	0,234	p=0,000
Servicio personalizado	0,880	p=0,000	0,405	p=0,000
Percepción de seguridad	0,865	p=0,000	0,319	p=0,000

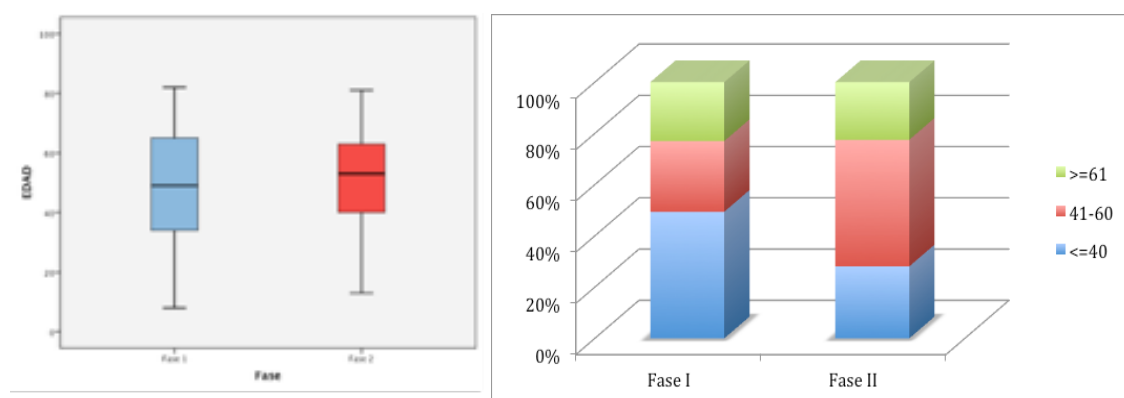
Tabla 31. Coeficientes de Correlación de Spearman y Nivel de Signinificación Estadística entre las valoraciones a las dimensiones de Calidad y Seguridad Percibidas y la de Satisfacción. Coeficientes de Regresión Estandarizados y Nivel de Significación Estadística de las variables incluidas en la ecuación (Fase II).

5.3. RESULTADOS COMPARACIÓN FASE I Y II.

5.3.1. Datos demográficos.

En la comparación de los datos demográficos de los encuestados en la fase I y la fase II se detectó que no había diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, estado civil y nivel de estudios.

En la edad no se encontraron diferencias en cuanto a los valores centrales al analizarla como variable cuantitativa (Figura 16). Sí se encontraron diferencias al analizarla categorizada, así en la fase I el porcentaje de pacientes en el rango menor o igual a 40 años fue mayor que en la fase II (39% frente 26%); y en el rango de 41 a 60 años el porcentaje de la fase I fue inferior al de la fase II (29% frente a 41%). Es decir, en la fase I había mayor proporción de encuestados jóvenes que en la II y en ésta mayor proporción de encuestados de mediana edad que en la fase I (estadísticamente significativo a 0,01 con Corrección de Bonferroni) (Figura 17).



$p > 0,05$

$p < 0,01$ con Corrección de Bonferroni

Figura 16. Diagrama de cajas. Edad en años de fase I y fase II.

Figura 17. Gráfico de barras. Edad en categorías de fase I y fase II. En fase I la categoría de edad menor o igual a 40 años tiene mayor porcentaje que en fase II. En fase II la categoría 41-60 tiene mayor porcentaje que en fase I.

En cuanto a la situación laboral sólo se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$ con Corrección de Bonferroni) en la categoría ama/os de casa que presentó un porcentaje de 12,7% en la fase I frente a un 21,7% de porcentaje en la fase II (ver Tablas 12 y 22).

5.3.2. Comparación de resultados de las preguntas del primer bloque.

5.3.2.1. Comparación de resultados de las preguntas del primer bloque con respuestas agrupadas en tres categorías.

Se procedió a la agrupación de los resultados a las preguntas del primer bloque en tres categorías:

- Valoración baja: 0 a 4.
- Valoración intermedia: 5 a 7.
- Valoración alta: 8 a 10.

Se compararon los resultados de fase I y fase II mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. En los casos en los que una casilla presentó un valor de cero o en los que más de un 20% de las casillas presentaban un valor esperado menor de 5 se unificaron las categorías percepción baja y percepción intermedia para su análisis. Los resultados se exponen en la Tabla 32.

COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL PRIMER BLOQUE DE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA DE FASE I Y FASE II						
Preguntas	Fase	Recuento y porcentaje	Valoración			Chi-cuadrado
			Baja	Media	Alta	Sig. Asintóti. Bilateral
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Fase I	Recuento	17	80	117	0,526
		% dentro de Fase	7,9%	37,4%	54,7%	
	Fase II	Recuento	17	108	174	
		% dentro de Fase	5,7%	36,1%	58,2%	
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Fase I	Recuento	14	67	133	0,158
		% dentro de Fase	6,5%	31,3%	62,1%	
	Fase II	Recuento	9	100	190	
		% dentro de Fase	3%	33,4%	63,5%	

3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Fase I	Recuento	18	78	118	0,129
		% dentro de Fase	8,4%	36,4%	55,1%	
	Fase II	Recuento	13	105	181	
		% dentro de Fase	4,3%	35,1%	60,5%	
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Fase I	Recuento	16	70	128	0,135
		% dentro de Fase	7,5%	32,7%	59,8%	
	Fase II	Recuento	11	110	178	
		% dentro de Fase	3,7%	36,8%	59,5%	
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Fase I	Recuento	2	45	167	0,758
		% dentro de Fase	0,9%	21%	78%	
	Fase II	Recuento	5	60	234	
		% dentro de Fase	1,7%	20,1%	78,3%	
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Fase I	Recuento	2	21	191	0,268
		% dentro de Fase	0,9%	9,8%	89,3%	
	Fase II	Recuento	0	42	257	
		% dentro de Fase	0%	14%	86%	
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Fase I	Recuento	8	43	163	0,544
		% dentro de Fase	3,7%	20,1%	76,2%	
	Fase II	Recuento	12	72	215	
		% dentro de Fase	4%	24,1%	71,9%	
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Fase I	Recuento	7	62	145	0,743
		% dentro de Fase	3,3%	29%	67,8%	
	Fase II	Recuento	10	96	193	
		% dentro de Fase	3,3%	32,1%	64,5%	
9. La sala de recuperación en planta es confortable	Fase I	Recuento	9	60	145	0,65
		% dentro de Fase	4,2%	28%	67,8%	
	Fase II	Recuento	9	78	212	
		% dentro de Fase	3%	26,1%	70,9%	
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Fase I	Recuento	47	52	115	0,002
		% dentro de Fase	22%	24,3%	53,7%	
	Fase II	Recuento	33	98	168	
		% dentro de Fase	11%	32,8%	56,2%	
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Fase I	Recuento	7	46	161	0,966
		% dentro de Fase	3,3%	21,5%	75,2%	
	Fase II	Recuento	11	65	223	
		% dentro de Fase	3,7%	21,7%	74,6%	
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Fase I	Recuento	4	25	185	0,281
		% dentro de Fase	1,9%	11,7%	86,4%	
	Fase II	Recuento	1	50	248	
		% dentro de Fase	0,3%	16,7%	82,9%	
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Fase I	Recuento	4	28	182	0,23
		% dentro de Fase	1,9%	13,1%	85%	
	Fase II	Recuento	11	50	238	
		% dentro de Fase	3,7%	16,7%	79,6%	

14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Fase I	Recuento	4	37	173	0,36
		% dentro de Fase	1,9%	17,3%	80,8%	
	Fase II	Recuento	8	39	252	
		% dentro de Fase	2,7%	13%	84,3%	
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Fase I	Recuento	6	41	167	0,913
		% dentro de Fase	2,8%	19,2%	78%	
	Fase II	Recuento	9	53	237	
		% dentro de Fase	3%	17,7%	79,3%	
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Fase I	Recuento	6	39	169	0,68
		% dentro de Fase	2,8%	18,2%	79%	
	Fase II	Recuento	12	49	238	
		% dentro de Fase	4%	16,4%	79,6%	
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Fase I	Recuento	6	22	186	0,673
		% dentro de Fase	2,8%	10,3%	86,9%	
	Fase II	Recuento	7	38	254	
		% dentro de Fase	2,3%	12,7%	84,9%	
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Fase I	Recuento	3	21	190	0,148
		% dentro de Fase	1,4%	9,8%	88,8%	
	Fase II	Recuento	2	45	252	
		% dentro de Fase	0,7%	15,1%	84,3%	
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Fase I	Recuento	3	17	194	0,57
		% dentro de Fase	1,4%	7,9%	90,7%	
	Fase II	Recuento	11	38	250	
		% dentro de Fase	3,7%	12,7%	83,6%	
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Fase I	Recuento	1	19	194	0,436
		% dentro de Fase	0,5%	8,9%	90,7%	
	Fase II	Recuento	5	24	270	
		% dentro de Fase	1,7%	8%	90,3%	
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Fase I	Recuento	14	46	154	0
		% dentro de Fase	6,5%	21,5%	72%	
	Fase II	Recuento	5	38	256	
		% dentro de Fase	1,7%	12,7%	85,6%	
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Fase I	Recuento	6	48	160	0,363
		% dentro de Fase	2,8%	22,4%	74,8%	
	Fase II	Recuento	14	56	229	
		% dentro de Fase	4,7%	18,7%	76,6%	
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Fase I	Recuento	7	47	160	0,251
		% dentro de Fase	3,3%	22%	74,8%	
	Fase II	Recuento	13	49	237	
		% dentro de Fase	4,3%	16,4%	79,3%	
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Fase I	Recuento	5	25	184	0,438
		% dentro de Fase	2,3%	11,7%	86%	
	Fase II	Recuento	11	43	245	
		% dentro de Fase	3,7%	14,4%	81,9%	

25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Fase I	Recuento	7	47	160	0,02
		% dentro de Fase	3,3%	22,3%	74,8%	
	Fase II	Recuento	1	58	240	
		% dentro de Fase	0,3%	19,4%	80,3%	
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Fase I	Recuento	1	26	187	0,457
		% dentro de Fase	0,5%	12,1%	87,4%	
	Fase II	Recuento	5	36	258	
		% dentro de Fase	1,7%	12%	86,3%	

Tabla 32. Comparación de resultados, en tres categorías, del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida entre las fases I y II. Procedimiento Chi-cuadrado de Pearson. Se marcan en color rojo las comparaciones que han resultado estadísticamente significativas.

En la pregunta número 10 (“La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta”) se detectaron diferencias estadísticamente significativas estando éstas en los niveles de percepción baja que tuvo mayor porcentaje en la fase I, mientras que la percepción intermedia fue mayor en la fase II ($p < 0,01$ con Corrección de Bonferroni).

En la pregunta número 21 (“¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?”) se detectaron diferencias estadísticamente significativas, siendo mayores los porcentajes de percepción baja e intermedia en la fase I y mayor el porcentaje de percepción alta en la fase II ($p < 0,01$ con Corrección de Bonferroni).

En la pregunta número 25 (“¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?”) se detectaron diferencias estadísticamente significativas, siendo mayor el porcentaje de percepción baja en la fase I que en la II ($p < 0,01$ con Corrección de Bonferroni).

5.3.2.2. Comparación de resultados de la valoración de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas.

Se compararon las valoraciones de cada uno de las dimensiones y de la puntuación total de la percepción de calidad y seguridad entre las dos fases del estudio mediante el test U de Mann-Whitney. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las valoraciones de las dimensiones servicio accesible, servicio confortable, servicio de garantía, servicio personalizado ni percepción de seguridad, así como del valor suma de todas ellas

(calidad percibida) de los encuestados en la fase I respecto a los encuestados en la fase II (Ver Tabla 33).

COMPARACIÓN DE LAS VALORACIONES DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS EN FASE I Y FASE II	
Preguntas	Significación del test U de Mann-Whitney
Servicio accesible	p=0,514
Servicio confortable	p=0,509
Servicio de garantía	p=0,164
Servicio personalizado	p=0,628
Percepción de seguridad	p=0,216
Calidad percibida	p=0,304

Tabla 33. Comparación de las valoraciones de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas entre las fases I y II. Test U de Mann-Whitney.

5.3.3. Comparación de resultados de las preguntas del segundo bloque.

La comparación de los resultados a las preguntas del segundo bloque relacionadas con la dimensión fidelidad como componente de la calidad percibida fueron las siguientes:

- **Pregunta 27 (“El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”).** Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los participantes en las fases I y II. Los encuestados en la fase I consideraron que el Hospital Duques del Infantado es mejor que otro en un porcentaje del 23% frente al 14% de los encuestados de la fase II ($p < 0,01$ con Corrección de Bonferroni) (Figura 18).

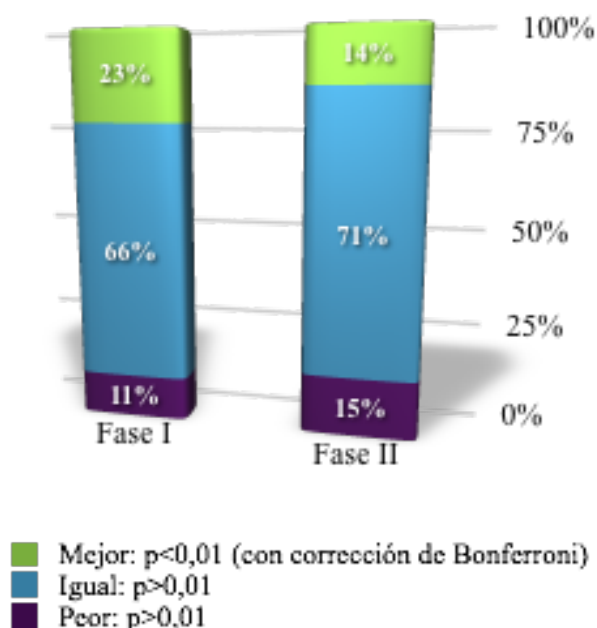


Figura 18. Diagrama de barras de porcentajes de respuestas a la pregunta número 27 en las fases I y II. Nivel de significación estadística de las comparaciones de las tres categorías de respuesta.

- **Pregunta 28 (“¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”).** Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,02$) entre las respuestas en las fases I y II, consistentes en mayor porcentaje de pacientes que respondieron afirmativamente en la fase II (94% frente al 88%), lo que conlleva, que el porcentaje de los que respondieron negativamente sea mayor en la fase I (12% frente a 6%) (Figura 19).

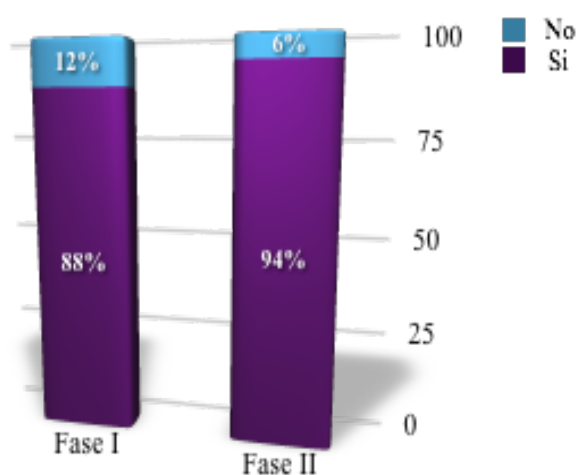


Figura 19. Diagrama de barras de porcentajes de respuestas a la pregunta número 28 en las fases I y II. Nivel de significación estadística de la comparación.

$p < 0,05$

- Pregunta 29 (Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duque del Infantado, ¿cuál escogería?).** Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los entrevistados en la fase I con respecto a los entrevistados en la fase II. En la fase I el 65% de los pacientes respondieron que escogerían el Hospital Duques del Infantado frente al 31% que escogerían el Hospital Virgen del Rocío, mientras que en la fase II se invierten los porcentajes siendo en este caso de 37% frente a 61% respectivamente (Figura 20).

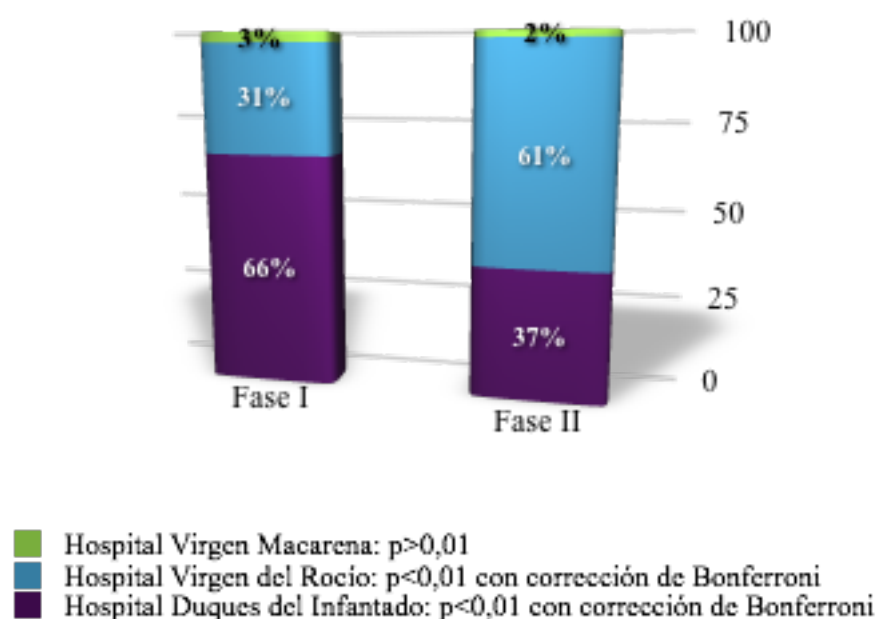


Figura 20. Diagrama de barras de porcentajes de respuestas a la pregunta número 29 en las fases I y II. Nivel de significación estadística de las comparaciones de las tres categorías de respuesta.

5.4. RESULTADOS FASE III.

Se realizó un examen de las historias clínicas de los pacientes encuestados en la fase II registrándose eventos adversos e incidentes relacionados con la atención recibida, factores de riesgo y antecedentes médicos de los pacientes e intervenciones quirúrgicas a las que fueron sometidos.

Se procedió al análisis de la relación de los datos registrados con las respuestas a las preguntas de calidad percibida y satisfacción con la atención recibida.

5.4.1. Análisis descriptivo.

5.4.1.1. Análisis descriptivo de intervenciones quirúrgicas.

Se registraron las intervenciones quirúrgicas a las que fueron sometidos los pacientes que contestaron a la encuesta telefónica. Fueron intervenidos de un procedimiento de Cirugía General y Aparato Digestivo 140 (46,8%) pacientes de los 299; fueron intervenidos de un procedimiento de Cirugía Ortopédica y Traumatología 123 (41,1%); y de un procedimiento de Otorrinolaringología 36 (12,1%) pacientes. La frecuencia y porcentaje de cada procedimiento se exponen en la Tabla 34.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
ESPECIALIDAD	PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE★
CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	Colecistectomía	2	0,7%
	Tratamiento fistula anal	3	1%
	Cirugía de hemorroides	2	0,7%
	Cirugía hernia crural	2	0,7%
	Cirugía hernia inguinal	50	16,7%
	Cirugía hernia epigástrica	2	0,7%
	Cirugía hernia umbilical	17	5,6%
	Cirugía de quiste pilonidal	13	4,3%
	Exéresis Onicodistrofia	3	1%
	Exéresis tumor subcutáneo	33	11%
	Exéresis tumor dérmico	11	3,6%
	Cirugía de insuficiencia venosa	2	0,7%

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	Cirugía del dedo en resorte	13	4,3%
	Cirugía Enfermedad Dupuytren	7	2,3%
	Cirugía de quiste sinovial	3	1%
	Cirugía túnel del carpo	10	3,3%
	Exéresis tumor de mano	1	0,3%
	Cirugía de menisco	30	10%
	Cirugía ligamento tobillo	1	0,3%
	Cirugía de hallux rigidus	2	0,7%
	Cirugía hallux valgus	44	14,7%
	Cirugía del dedo en martillo	11	3,6%
	Cirugía neurinoma de pie	1	0,3%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Cirugía de otitis media	3	1%
	Extirpación pólipos nasal	5	1,7%
	Cirugía de cornetes	16	5,3%
	Extirpación nódulos cuerdas vocales	4	1,3%
	Amigdalectomía	5	1,7%
	Extirpación papiloma paladar	2	0,7%
	Extirpación tumor parotídeo	1	0,3%

Tabla 34. Frecuencias y porcentajes de las intervenciones quirúrgicas a las que sometieron los pacientes participantes en fase II.

★ Porcentaje: porcentaje válido sobre el total de intervenciones.

5.4.1.2. Análisis descriptivo de antecedentes personales.

En 82 (27,4%) de las 299 historias clínicas no constaba ningún antecedente personal. De las 217 (72,6%) historias clínicas con presencia de al menos un antecedente en 194 (64,8% del total) se objetivaron los factores de riesgo y/o las patologías médicas que se consideraron relevantes para el estudio.

5.4.1.2.1. Factores de riesgo cardiovascular.

Los factores de riesgo cardiovascular que se estudiaron fueron tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia. Se detectó al menos uno de ellos en 175 pacientes lo que supone un 58,5% del total.

El tabaquismo se detectó en un 28,4% de las historias clínicas; la obesidad en un 26,0% y el sobrepeso en un 40,5%; la hipertensión arterial en un 23,1%; la diabetes mellitus en un 7,7%; y la dislipemia, considerándose hipertrigliceridemia o hipercolesterolemia se detectó en un 16,3% de las historias estudiadas.

Las frecuencias y porcentajes de estos factores de riesgo se exponen en la Tabla 35.

5.4.1.2.2. Antecedentes médicos relevantes.

Las patologías médicas que consideramos más relevantes fueron la patología cardíaca, patología respiratoria, patología renal, patología digestiva y patología hepática. Se detectó al menos una de ellas en 73 pacientes, lo que supone un 24,4% del total.

Se detectó patología cardíaca en un 7% de las historias clínicas, consistentes en cardiopatía isquémica (2,7%), alteraciones del ritmo (3,6%) y patología valvular (0,7%).

La patología respiratoria se observó en un 8,4% de las historias estudiadas, correspondiendo a un 4,8% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un 2,3% de síndrome de apnea del sueño, un 1% de enfermedad asmática y un 0,3% de un caso de Asbestosis.

La patología renal se detectó en un 4,3% de los encuestados y consistió en insuficiencia renal leve-moderada (1,7%) y patología litiásica (2,6%).

La patología digestiva se detectó en un 6,7% y consistió en hernias de hiato con un 6%, patología ulcerosa gastroduodenal en un 1%, pancreatitis crónica en un 2%, colon irritable en un 1,3% y poliposis colónica en un 0,7% de las historias estudiadas.

Por último, la patología hepática se detectó en un 4,0% de las historias clínicas, correspondiéndose con un 1,7% de hepatitis C, un 1% de hepatitis B, un 1% de esteatosis hepática y un 0,3% de un caso de síndrome de Gilbert.

Las frecuencias y porcentajes de cada una de estas patologías se exponen en la Tabla 35.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO Y ANTECEDENTES MÉDICOS				
FACTORES DE RIESGO Y ANTECEDENTES MÉDICOS	CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES	
Tabaquismo	No	214	71,6%	
	Si	85	28,4%	
Obesidad ^a	Peso normal	76	25,4%	33,5%*
	Sobrepeso	92	30,8%	40,5%*
	Obesidad	59	19,7%	26,0%*
	Perdidos	72	24,1%	
Hipertensión arterial	No	230	76,9%	
	Si	69	23,1%	
Diabetes mellitus	No	276	92,3%	
	Si	23	7,7%	
Dislipemia	No	249	83,3%	
	Si	50	16,3%	
Patología cardíaca	No	278	93%	
	Si	21	7%	
Patología respiratoria	No	274	91,6%	
	Si	25	8,4%	
Patología renal	No	286	95,7%	
	Si	13	4,3%	
Patología digestiva	No	279	93,3%	
	Si	20	6,7%	
Patología hepática	No	287	96%	
	Si	12	4%	

Tabla 35. Análisis descriptivo de factores de riesgo y antecedentes médicos de pacientes participantes en fase II.

Factores de riesgo cardiovascular sombreados de color rosa; antecedentes médicos sombreados de color azul.

^a Obesidad: de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud según índice de masa corporal.

* Porcentajes válidos.

5.4.1.2.3. Otros antecedentes.

De los 217 de los pacientes con antecedentes personales registrados en 175 de ellos se detectaron otros distintos a los factores de riesgo cardiovascular y/o patologías médicas que hemos considerado relevantes junto con éstos o de forma aislada. Estos antecedentes fueron:

- Hábito tóxico, alcohol: 43 pacientes (14,4% del total).
- Alergias a medicamentos, ambiental o a alimentos: 40 pacientes (13,4% del total).
- Artropatía: 35 pacientes (11,7% del total).
- Ansiedad o depresión: 22 pacientes (7,4% del total).
- Hipotiroidismo: 18 pacientes (6,0% del total).
- Fibromialgia: 13 pacientes (4,3% del total).
- Patología prostática: 11 pacientes (3,7% del total)
- Patología discal: 9 pacientes (3,0% del total).
- Insuficiencia venosa superficial: 8 pacientes (2,7% del total).
- Neoplasias: 5 pacientes (1,7% del total).
- Glaucoma: 5 pacientes (1,7% del total).
- Anemia crónica: 5 pacientes (1,7% del total).
- Enfermedad cerebrovascular: 5 pacientes (1,7% del total).
- Plaquetopenia: 3 pacientes (1,0% del total).
- Patología mamaria benigna: 3 pacientes (1,0% del total).
- Migraña: 3 pacientes (1,0% del total).
- Epilepsia: 3 pacientes (1,0% del total).
- Patología senos paranasales: 2 pacientes (0,7% del total).
- Hipertiroidismo: 2 pacientes (0,7% del total).
- Talasemia menor: 2 pacientes (0,7% del total).
- Trombosis venosa profunda: 2 pacientes (0,7% del total).
- Celiacía: 1 paciente (0,3% del total).
- Hábito tóxico, cocaína: 1 paciente (0,3% del total).
- Artritis reumatoide: 1 paciente (0,3% del total).
- Lupus eritematoso sistémico: 1 paciente (0,3% del total).
- Esquizofrenia: 1 paciente (0,3% del total).
- Vértigo: 1 paciente (0,3% del total).
- Hipoacusia: 1 paciente (0,3% del total).

- Serosistis: 1 paciente (0,3% del total).
- Psoriasis: 1 paciente (0,3% del total).
- Parálisis facial: 1 paciente (0,3% del total).
- Hiperuricemia: 1 paciente (0,3% del total).

5.4.1.3. Análisis descriptivo de eventos adversos.

Del total de 299 historias clínicas analizadas no se detectaron eventos adversos en 253 lo que constituye un 86% del total. En 42 (14%) historias clínicas se detectaron eventos adversos (Figura 21).

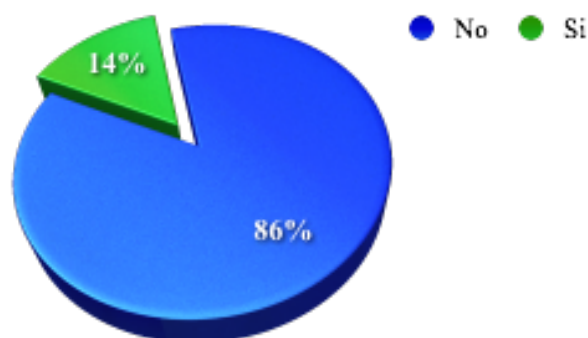


Figura 21. Gráfico de sectores. Detección de eventos adversos en historias clínicas de pacientes participantes en fase II. No: no se detectaron eventos adversos (86%). Sí: se detectaron eventos adversos (14%).

Los eventos adversos más frecuentes fueron: dolor, infección de sitio quirúrgico, sangrado, reintervención y complicaciones relacionadas con la anestesia.

5.4.1.3.1. Dolor.

De las 299 historias clínicas analizadas en 24 se constató el registro de dolor postoperatorio a pesar del tratamiento prescrito al alta, lo que supone un 8% del total, mientras que 275 no presentaron este evento adverso (92%) (Figura 22).

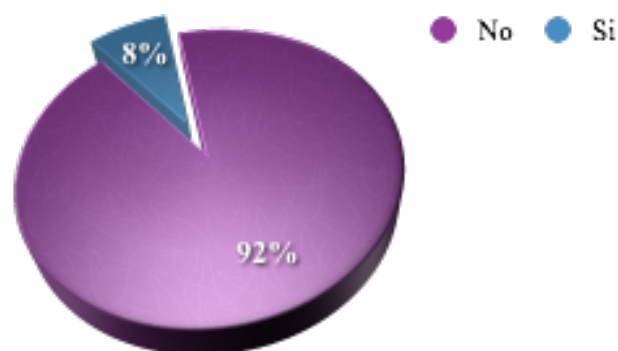


Figura 22. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “dolor” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II. No: no presencia de dolor (92%). Sí: presencia de dolor (8%).

De los 24 pacientes que presentaron dolor sólo uno utilizó el servicio de urgencias del hospital precisando modificación del tratamiento prescrito al alta. El resto de los pacientes se trató en atención primaria o solicitó atención a través del servicio de atención telefónica (eventos adversos con relación causal definitiva que resultan en daño leve).

5.4.1.3.2. Infección de sitio quirúrgico.

En 4 de las 299 historias clínicas analizadas se detectó la infección del sitio quirúrgico superficial como evento adverso, lo que supuso un 1,3% del total, mientras que en 295 (98,7%) no se observó este evento (Figura 23).

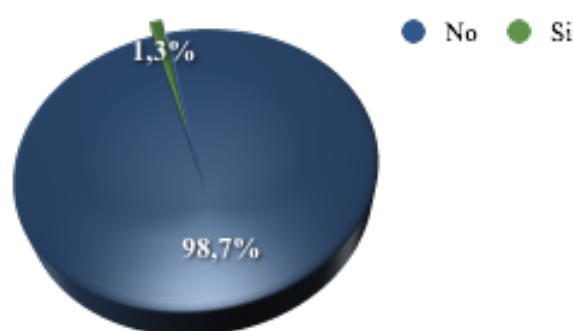


Figura 23. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “infección sitio quirúrgico” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II. No: no presencia de infección (98,7%). Sí: presencia de infección (1,3%).

Uno de éstos pacientes precisó tratamiento quirúrgico de drenaje de absceso en quirófano de urgencias por infección de herida tras cirugía de quiste sebáceo (evento adverso con relación causal definitiva que resultan en daño moderado); el resto de los pacientes sólo precisó tratamiento médico (eventos adversos con relación causal definitiva que resultan en daño leve).

5.4.1.3.3. Sangrado.

En 6 de las 299 historias se consignó la incidencia de sangrado postoperatorio que precisó atención en el servicio de urgencias constituyendo un 2% del total (Figura 24).

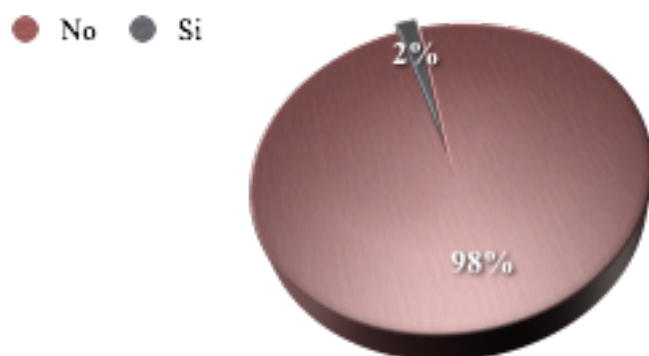


Figura 24. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “sangrado postoperatorio” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II. No: no presencia de sangrado (98%). Sí: presencia de sangrado (2%).

Se correspondieron con dos casos de sangrado tras cirugía de fosas nasales, un caso tras cirugía de amígdalas, que precisan ingreso en observación y se autolimitan (eventos adversos con relación causal definitiva que resultan en daño moderado); uno tras cirugía de hallux valgus, que se resuelve con tratamiento médico (evento adverso con relación causal definitiva que resulta en daño leve); y dos tras cirugía de quiste pilonidal, uno de los cuales precisó tratamiento quirúrgico de hemostasia en quirófano de urgencias (evento adverso con relación causal definitiva que resultan en daño moderado).

5.4.1.3.4. Reintervención.

De los 299 casos analizados 2 (0,7%) precisaron una reintervención (Figura 25).

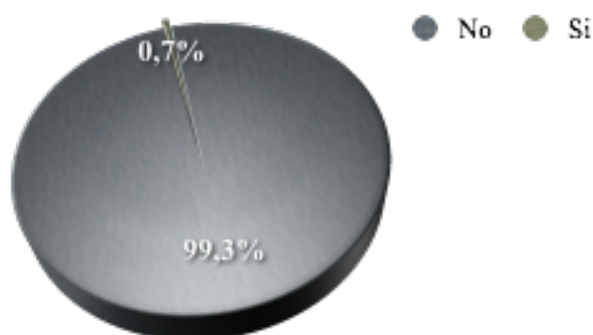


Figura 25. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “reintervención” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II. No: no reintervención (99,3%). Sí: reintervención (0,7%).

Se trataba de un paciente que presentó sangrado tras intervención quirúrgica de quiste pilonidal, que precisó hemostasia en quirófano de urgencias, y de otro paciente que también fue tratado en el quirófano de urgencias de drenaje de absceso en herida quirúrgica tras cirugía de quiste sebáceo (relación causal definitiva que resulta en daño moderado).

5.4.1.3.5. Complicaciones anestésicas.

De los 299 casos estudiados en tres detectaron eventos adversos relacionados con la anestesia (Figura 26).

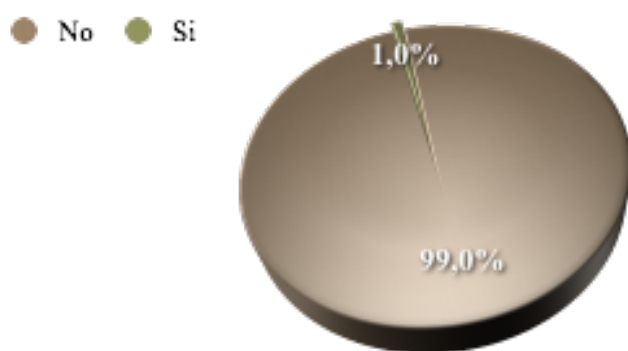


Figura 26. Gráfico de sectores. Presencia del evento adverso “complicaciones relacionadas con la anestesia” en historias clínicas de pacientes participantes en fase II. No: no complicaciones anestésicas (99%). Sí: complicaciones anestésicas (1%).

Se correspondió con un caso de cefalea postural tras anestesia raquídea que precisó asistencia en el servicio de urgencias, otro caso de cefalea en paciente sometido a anestesia general (eventos adversos con relación causal definitiva que resultan en daño leve) y un caso de retención urinaria que precisó atención en urgencias del hospital y sondaje vesical durante un mes (relación causal probable y daño moderado).

5.4.1.3.6. Otros eventos adversos.

En 13 (4,3%) de las 299 historias estudiadas se recogió la ocurrencia de un evento adverso distinto a los anteriores.

Estos eventos fueron los siguientes:

- Parestesias: 2 casos (0,7%). Relación causal definitiva y daño leve.
- Edema laríngeo inmediato: 1 caso (0,3%). Relación causal definitiva y daño leve.
- Hematoma postquirúrgico: 1 caso (0,3%). Relación causal definitiva y daño leve.
- Edema postoperatorio: 3 casos (0,9%). Relación causal definitiva y daño leve.
- Perforación septo nasal: 1 caso (0,3%). Relación causal definitiva y daño leve.

- Seroma herida quirúrgica: 2 casos (0,7%). Relación causal definitiva y daño leve.
- Necrosis parcial un dedo de pie: 1 caso (0,3%). Relación causal posible y daño moderado (precisa ingreso).
- Brote de colitis ulcerosa: 1 caso (0,3%). Relación causal posible y daño moderado (precisa ingreso).

5.4.1.4. Análisis descriptivo de incidentes.

Los incidentes detectados en el análisis de historias clínicas consistieron en error u omisión de lateralidad en los documentos clínicos que intervienen en el proceso como son las hojas quirúrgicas, hojas de registro anestésico e informe de alta. Se encontró algún tipo de estos incidentes en 39 (13%) historias clínicas de otros tantos pacientes. Los datos son los siguientes:

- Hoja operatoria: se detectó error o ausencia en la consignación de la lateralidad del campo operatorio en la hoja quirúrgica en un 2,0% de las 299 historias analizadas, es decir, en 6 de ellas.
- Hoja anestésica: se detectó error o ausencia en la consignación de la lateralidad del campo operatorio en la hoja anestésica en un 8,4% de las 299 historias analizadas, es decir, en 25 de ellas.
- Informe de alta: se detectó error o ausencia en la consignación de la lateralidad del campo operatorio en el informe de alta en un 5% de las 299 historias analizadas, es decir, en 15 de ellas.

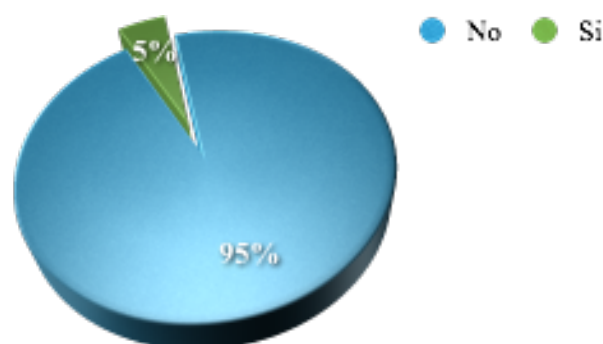
5.4.1.5. Análisis descriptivo de otros indicadores de seguridad.

5.4.1.5.1. Ingresos no previstos.

No se produjo ningún ingreso no previsto tras el procedimiento, siendo dados de alta en el mismo día todos los pacientes de la muestra estudiada.

5.4.1.5.2. Acudir a urgencias.

De las 299 historias clínicas analizadas se detectó que 15 de los pacientes acudieron al servicio de urgencias en el postoperatorio, lo que supuso un 5% aproximadamente, frente a 284 (95%) que no precisaron acudir a urgencias (Figura 27).



5.4.1.5.3. Reingresos.

De los 299 pacientes estudiados 3 (0,9%) precisaron ingreso hospitalario tras acudir a urgencias. Los casos fueron los siguientes:

- Paciente intervenida de cirugía de amígdalas que requiere atención en el servicio de urgencias por hemorragia a los ocho días de la intervención por lo que permanece en observación durante 24 horas sin precisar ninguna medida adicional. Se trata de un evento adverso cuya relación causal con el procedimiento es definitiva y que ha provocado un daño moderado en la paciente.
- Paciente intervenida de cirugía de hallux valgus y con antecedente de vasculitis que presenta isquemia localizada en dedo del pie intervenido y que se resuelve tras ingreso hospitalario y tratamiento parenteral durante 6 días. Se trata de un evento cuya relación causal con el procedimiento es posible y que ha provocado un daño moderado en la paciente.
- Paciente intervenida de cirugía de hallux valgus y con antecedente de colitis ulcerosa que presenta cuadro de diarrea que se comienza tras intervención e inicio de antibioterapia oral profiláctica y que se diagnostica de brote agudo de su enfermedad de base. Precisa ingreso hospitalario durante 13 días. Se trata de un evento adverso cuya relación causal con el procedimiento es posible y que ha provocado un daño moderado en la paciente.

5.4.1.5.4. Muertes.

No ocurrió ningún éxito en los pacientes estudiados.

5.4.2. Análisis bivariante.

5.4.2.1. Relación entre la especialidad quirúrgica y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Se estudiaron las relaciones entre las respuestas a las preguntas de primer bloque agrupadas en tres categorías (percepción baja: 0-4; percepción intermedia: 5-7; y percepción alta: 8-10) y la especialidad quirúrgica a la que fueron sometidos los pacientes (Cirugía General y de Aparato Digestivo -CGAD-; Cirugía Ortopédica y Traumatología -COT-; y Otorrinolaringología -ORL-) mediante el Test de Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 36).

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$ con corrección de Bonferroni) en las respuestas a la pregunta 3 entre los intervenidos de las tres especialidades, siendo los pacientes sometidos a cirugía por la especialidad ORL los que en menor porcentaje puntuaron con valores altos (41,7% de ORL frente a 65,0% de COT).

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$ con corrección de Bonferroni) en las respuestas a la pregunta 4 entre los intervenidos de las tres especialidades, siendo los pacientes sometidos a cirugía por la especialidad ORL los que en menor porcentaje puntuaron con valores altos (44,4% de ORL frente a 67,5% de COT).

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$ con corrección de Bonferroni) en las respuestas a la pregunta 10 entre los intervenidos de las tres especialidades, siendo los pacientes sometidos a cirugía por la especialidad ORL los que en menor porcentaje puntuaron con valores altos (36,1% de ORL frente a 61,0% de COT).

Los pacientes intervenidos de la especialidad CGAD puntuaron a estas preguntas en un porcentaje cuyos valores son intermedios entre los de ORL y los de COT, pero las diferencias encontradas entre las respuestas de CGAD y las de ORL y COT no fueron estadísticamente significativas.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la valoración global de la percepción de calidad y seguridad, ni de sus dimensiones, en las tres especialidades quirúrgicas cuando se analizaron con la prueba de Kruskal-Wallis (Tabla 37).

RELACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS DE PRIMER BLOQUE SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA	
Preguntas	Nivel de significación del estadístico Chi-cuadrado de Pearson
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	p=0,109
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	p=0,529
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	p=0,040
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	p=0,028
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	p=0,630
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	p=0,086
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	p=0,080
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	p=0,151
9. La sala de recuperación en planta es confortable	p=0,322
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	p=0,026
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	p=0,571
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	p=0,636
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	p=0,749
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	p=0,671
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	p=0,908
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	p=0,614
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	p=0,608
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	p=0,733
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	p=0,894
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	p=0,507
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	p=0,618

22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	p=0,308
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	p=0,207
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	p=0,325
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	p=0,587
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	p=0,916

Tabla 36. Relación entre la especialidad quirúrgica y las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida. Nivel de significación estadística del Test Chi-Cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

RELACIÓN ENTRE LA ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA Y LAS DIMENSIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS (PRIMER BLOQUE)	
Preguntas	Nivel de significación de la prueba de Kruskal-Wallis
Servicio accesible	p=0,064
Servicio confortable	p=0,095
Servicio de garantía	p=0,526
Servicio personalizado	p=0,436
Percepción de seguridad	p=0,644
Calidad percibida	p=0,332

Tabla 37. Relación entre la especialidad quirúrgica y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas. Nivel de significación estadística de la prueba de Kruskal-Wallis.

5.4.2.2. Relación entre la especialidad quirúrgica y las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre fidelidad con el hospital.

Se estudió la relación de los resultados a las preguntas del segundo bloque basadas en la dimensión fidelidad como componente de la calidad percibida (preguntas 27, 28 y 29) y la especialidades quirúrgicas por las que fueron intervenidos los pacientes de la fase II mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson no detectándose diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entre los pacientes intervenidos por CGAD, COT o ORL (Tabla 38).

RELACIÓN ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA Y FIDELIDAD CON EL HOSPITAL			
	Pregunta 27	Pregunta 28	Pregunta 29
Especialidad quirúrgica	p=0,588	p=0,937	p=0,681

Tabla 38. Relación entre la especialidad quirúrgica y las respuestas a las preguntas de la dimensión fidelidad con el hospital. Nivel de significación estadística de la prueba Chi-cuadrado de Pearson.

5.4.2.3. Relación entre la especialidad quirúrgica y la presencia de eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad.

Se analizó la relación entre la presencia de eventos adversos y la especialidad quirúrgica por la que había sido intervenido el paciente mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, detectándose diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes intervenidos de la especialidad COT (19,5% de los pacientes intervenidos presentaron eventos adversos) frente a los intervenidos de CGAD (8,6% de los intervenidos presentaron eventos adversos). Además el 57,1% de los pacientes con eventos adversos fueron intervenidos de COT, el 28,6% de CGAD y el 14,3% de ORL (Tabla 39).

También se detectaron diferencias en la presencia del evento adverso dolor que estuvo presente en un 17% de los pacientes intervenidos de COT frente al 2,1% de los intervenidos de CGAD y el 0% de los intervenidos de ORL. Además el 87,5% de los pacientes que presentaron dolor fueron pacientes intervenidos de COT, el 12,5% fueron intervenidos de CGAD y el 0% de ORL (Tabla 39).

RELACIÓN EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES Y OTROS INDICADORES DE SEGURIDAD Y ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA	
Eventos adversos e incidentes	Significación del estadístico Chi-cuadrado de Pearson
Eventos adversos	p=0,035
Dolor	p=0,000
Infección	p=0,063
Sangrado	p=0,185
Acudir a urgencias	p=0,161
Incidentes	p=0,342
Error u omisión en hoja operatoria	p=0,134
Error u omisión en registro anestésico	p=0,052
Error u omisión en informe de alta	p=0,549

Tabla 39. Relación entre la especialidad quirúrgica y la presencia de eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad. Nivel de significación estadística de la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

5.4.2.4. Relación entre los antecedentes personales y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Se analizó la relación entre la presencia de antecedentes personales y las respuestas a las preguntas del cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (primer bloque) agrupadas en tres categorías (percepción baja: 0-4; percepción intermedia: 5-7; y percepción alta: 8-10). Se estudió la independencia de las categorías de respuestas con la presencia de algún antecedente, de algún factor de riesgo o de alguna patología médica relevante mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 40).

El resultado fue que se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas a la pregunta número 10 entre los pacientes que presentaron algún factor de riesgo

y/o alguna patología médica relevante y los que no, de forma que el 47,5% de los pacientes que no presentaban estos antecedentes valoraron con la puntuación más alta frente al 61,9% de los que sí presentaban alguno o los dos antecedentes.

También se detectaron diferencias en las respuestas a la pregunta número 17 entre los pacientes encuestados que presentaban al menos un antecedente personal frente a los que no presentaban ninguno, de forma que el 6,0% de los que no presentaban antecedentes utilizaron valoraciones más bajas frente al 0,9% de los que presentaban alguno.

Se estudió también la relación con el valor total y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas mediante el test U de Mann-Whitney no detectándose diferencias entre los pacientes con algún antecedente personal, factor de riesgo vascular y/o patología médica relevante (Tabla 41).

RELACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS DE PRIMER BLOQUE SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y ANTECEDENTES PERSONALES				
Preguntas	Antecedente personal	Factor de riesgo vascular y/o patología médica	Factor de riesgo vascular	Patología médica relevante
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	p=0,920	p=0,982	p=0,814	p=0,841
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	p=0,166	p=0,926	p=0,989	p=0,704
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	p=0,160	p=0,174	p=0,201	p=0,714
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	p=0,281	p=0,335	p=0,201	p=0,795
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	p=0,261	p=0,482	p=0,627	p=0,681
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	p=0,807	p=0,628	p=0,559	p=0,730
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	p=0,262	p=0,108	p=0,299	p=0,389
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	p=0,912	p=0,781	p=0,908	p=0,607

9. La sala de recuperación en planta es confortable	p=0,921	p=0,861	p=0,709	p=0,790
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	p=0,196	p=0,047	p=0,101	p=0,651
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	p=0,757	p=0,708	p=0,392	p=0,752
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	p=0,144	p=0,262	p=0,397	p=0,790
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	p=0,764	p=0,194	p=0,354	p=0,346
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	p=0,354	p=0,688	p=0,864	p=0,724
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	p=0,910	p=0,412	p=0,337	p=0,953
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	p=0,214	p=0,488	p=0,896	p=0,770
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	p=0,023	p=0,180	p=0,166	p=0,730
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	p=0,072	p=0,191	p=0,265	p=0,685
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	p=0,790	p=0,851	p=0,976	p=0,084
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	p=0,134	p=0,185	p=0,223	p=0,903
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	p=0,703	p=0,778	p=0,853	p=0,924
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	p=0,884	p=0,824	p=0,638	p=0,678
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	p=0,058	p=0,245	p=0,484	p=0,269
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	p=0,127	p=0,578	p=0,741	p=0,322
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	p=0,258	p=0,451	p=0,342	p=0,673

26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	p=0,255	p=0,638	p=0,739	p=0,421
--	---------	---------	---------	---------

Tabla 40. Relación entre la presencia de antecedentes personales y las respuestas del primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida. Nivel de significación estadística del Test Chi-Cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

RELACIÓN ENTRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y LAS DIMENSIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS (PRIMER BLOQUE)				
Preguntas	Antecedente personal	Factor de riesgo vascular y/o patología médica	Factor de riesgo vascular	Patología médica relevante
Servicio accesible	p=0,402	p=0,242	p=0,121	p=0,478
Servicio confortable	p=0,429	p=0,409	p=0,384	p=0,814
Servicio de garantía	p=0,207	p=0,135	p=0,176	p=0,998
Servicio personalizado	p=0,260	p=0,409	p=0,204	p=0,781
Percepción de seguridad	p=0,927	p=0,491	p=0,480	p=0,486
Calidad percibida	p=0,366	p=0,291	p=0,280	p=0,993

Tabla 41. Relación entre la presencia de antecedentes personales y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas. Nivel de significación estadística del Test U de Mann-Whitney.

5.4.2.4.1. Relación entre la presencia de algún factor de riesgo cardiovascular y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Se analizó la relación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular y las respuestas a las preguntas del cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (primer bloque) agrupadas en tres categorías (percepción baja: 0-4; percepción intermedia: 5-7; y percepción alta: 8-10). Se estudió la independencia de las categorías de respuestas con la presencia de cada factor de riesgo cardiovascular mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 42).

Se estudió también la relación con el valor total y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas mediante el test U de Mann-Whitney (Tabla 43).

Los resultados fueron:

- **Tabaquismo:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 21 ya que el 88,3% de los encuestados no fumadores la valoraron con puntuación alta frente al 78,8% de los fumadores.
- **Obesidad:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas a las respuestas de la pregunta 4 entre obesos y no obesos, ya que el 74,6% de los obesos la valoraron con puntuaciones altas mientras que sólo lo hicieron el 54,8% de los no obesos.
- **Hipertensión arterial:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 4 (el porcentaje de hipertensos que valoraron con puntuación más alta fue de 72,5% frente al 55,7% de los no hipertensos) y en la valoración de la dimensión **servicio accesible** que fue valorada con mayor puntuación por los pacientes hipertensos frente a los no hipertensos.
- **Diabetes mellitus:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entre pacientes diabéticos y no diabéticos.
- **Dislipemia:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entre los pacientes con dislipemia y los que no la tenían.

RELACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS DE PRIMER BLOQUE SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR					
Preguntas	Tabaquismo	Obesidad	Hipertensión arterial	Diabetes Mellitus	Dislipemia
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	p=0,778	p=0,944	p=0,526	p=0,235	p=0,229
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	p=0,446	p=0,272	p=0,326	p=0,250	p=0,486
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	p=0,164	p=0,675	p=0,734	p=0,149	p=0,281
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	p=0,719	p=0,008	p=0,038	p=0,278	p=0,333
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	p=0,722	p=0,375	p=0,943	p=0,530	p=0,217
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	p=0,729	p=0,229	p=0,784	p=0,345	p=0,191
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	p=0,274	p=0,332	p=0,116	p=0,590	p=0,525
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	p=0,304	p=0,271	p=0,180	p=0,641	p=0,931
9. La sala de recuperación en planta es confortable	p=0,463	p=0,729	p=0,636	p=0,571	p=0,854
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	p=0,390	p=0,162	p=0,826	p=0,877	p=0,658
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	p=0,892	p=0,517	p=0,265	p=0,618	p=0,748
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	p=0,793	p=0,244	p=0,362	p=0,846	p=0,883
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	p=0,180	p=0,963	p=0,418	p=0,525	p=0,675
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	p=0,596	p=0,318	p=0,265	p=0,287	p=0,802
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	p=0,267	p=0,599	p=0,719	p=0,309	p=0,650

16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	p=0,965	p=0,582	p=0,165	p=0,512	p=0,184
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	p=0,646	p=0,881	p=0,501	p=0,598	p=0,470
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	p=0,618	p=0,665	p=0,632	p=0,612	p=0,763
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	p=0,678	p=0,604	p=0,322	p=0,257	p=0,430
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	p=0,843	p=0,302	p=0,197	p=0,262	p=0,806
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	p=0,035	p=0,467	p=0,363	p=0,809	p=0,180
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	p=0,416	p=0,821	p=0,110	p=0,520	p=0,928
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	p=0,536	p=0,852	p=0,521	p=0,487	p=0,623
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	p=0,311	p=0,628	p=0,194	p=0,418	p=0,500
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	p=0,171	p=0,792	p=0,603	p=0,927	p=0,839
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	p=0,879	p=0,690	p=0,843	p=0,697	p=0,559

Tabla 42. Relación entre las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción en la atención recibida y los factores de riesgo cardiovascular. Nivel de significación estadística del Test Chi-Cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LAS DIMENSIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS (PRIMER BLOQUE)					
Preguntas	Tabaquismo	Obesidad	Hipertensión arterial	Diabetes Mellitus	Dislipemia
Servicio accesible	p=0,773	p=0,228	p=0,008	p=0,991	p=0,809
Servicio confortable	p=0,997	p=0,070	p=0,111	p=0,632	p=0,672
Servicio de garantía	p=0,601	p=0,316	p=0,148	p=0,174	p=0,350
Servicio personalizado	p=0,492	p=0,241	p=0,101	p=0,251	p=0,658
Percepción de seguridad	p=0,830	p=0,518	p=0,055	p=0,209	p=0,087
Calidad percibida	p=0,790	p=0,260	p=0,075	p=0,321	p=0,429

Tabla 43. Relación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas. Nivel de significación estadística del Test U de Mann-Whitney. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente

5.4.2.4.2. Relación entre la presencia de patología médica relevante las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Se analizó la relación entre la presencia de patologías médicas relevantes y las respuestas a las preguntas del cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida (primer bloque) agrupadas en tres categorías (percepción baja: 0-4; percepción intermedia: 5-7; y percepción alta: 8-10). Se estudió la independencia de las categorías de respuestas con la presencia de cada patología médica relevante mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 44).

Se estudió también la relación con el valor total y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas mediante el test U de Mann-Whitney (Tabla 45).

- **Patología cardíaca:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 8, en las que el 90% de los pacientes con patología cardíaca contestaron con la mayor puntuación frente al 62% de los pacientes sin patología cardíaca; también se detectaron en la pregunta 9, donde se objetivó que el 90,5% de los pacientes con patología cardíaca puntuaron alto mientras que de los pacientes sin patología puntuaron alto un 69,4%.

- **Patología respiratoria:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 12 por haber dado una valoración alta un 84,3% de los pacientes sin patología respiratoria frente a un 68% de los pacientes con patología respiratoria; también se detectaron diferencias en las respuestas a la pregunta 24 para la cual un 83,6% de los pacientes sin patología respiratoria contestaron con la puntuación más alta frente a un 64% de los pacientes sin patología respiratoria.
- **Patología renal:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 19 con un 84,6% de pacientes que puntuaron alto entre los que no tenían patología renal frente a un 61,5% de los que sí tenían patología.
- **Patología digestiva:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas a la pregunta 9 con 72% de pacientes sin patología digestiva que valoraron con la puntuación más alta frente a sólo un 47% de los pacientes con patología digestiva; en la dimensión servicio confortable que fue mejor valorada por los pacientes que no tenían patología digestiva frente a los que sí tenían; en la dimensión servicio de garantía con mayor valoración por los pacientes sin patología; en la dimensión servicio personalizado con mayores puntuaciones por los pacientes sin patología; en la dimensión percepción de seguridad que fue mejor valorada por los pacientes sin patología digestiva frente a los que la tenían; y en la valoración de la percepción total de calidad y seguridad que tuvo mejor valoración por parte de los pacientes sin patología digestivas.
- **Patología hepática:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas a la pregunta número 20 con un 91,3% de pacientes entre los que no tenían patología hepática que contestaron con puntuación alta frente a un 67,7% entre los que sí presentaban patología.

RELACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS DE PRIMER BLOQUE SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y PATOLOGÍAS MÉDICAS RELEVANTES					
Preguntas	Patología cardíaca	Patología respiratoria	Patología renal	Patología digestiva	Patología hepática
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	p=0,404	p=0,345	p=0,328	p=0,995	p=0,467
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	p=0,583	p=0,504	p=0,3261	p=0,449	p=0,414
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	p=0,565	p=0,934	p=0,137	p=0,151	p=0,371
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	p=0,410	p=0,874	p=0,390	p=0,197	p=0,604
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	p=0,357	p=0,252	p=0,122	p=0,091	p=0,828
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	p=0,441	p=0,478	p=0,568	p=0,269	p=0,229
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	p=0,617	p=0,347	p=0,788	p=0,255	p=0,643
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	p=0,035	p=0,332	p=0,724	p=0,522	p=0,603
9. La sala de recuperación en planta es confortable	p=0,041	p=0,455	p=0,768	p=0,020	p=0,403
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	p=0,605	p=0,357	p=0,707	p=0,710	p=0,800
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	p=0,410	p=0,974	p=0,493	p=0,260	p=0,643
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	p=0,298	p=0,043	p=0,164	p=0,498	p=0,979
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	p=0,635	p=0,583	p=0,252	p=0,168	p=0,605
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	p=0,348	p=0,406	p=0,260	p=0,412	p=0,093
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	p=0,388	p=0,903	p=0,243	p=0,607	p=0,310

16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	p=0,585	p=0,171	p=0,262	p=0,567	p=0,735
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	p=0,750	p=0,661	p=0,821	p=0,433	p=0,330
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	p=0,357	p=0,156	p=0,335	p=0,708	p=0,596
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	p=0,205	p=0,512	p=0,044	p=0,620	p=0,606
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	p=0,297	p=0,638	p=0,365	p=0,415	p=0,021
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	p=0,418	p=0,175	p=0,858	p=0,781	p=0,070
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	p=0,573	p=0,776	p=0,424	p=0,275	p=0,823
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	p=0,370	p=0,994	p=0,723	p=0,562	p=0,566
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	p=0,250	p=0,021	p=0,534	p=0,068	p=0,652
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	p=0,062	p=0,506	p=0,923	p=0,537	p=0,866
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	p=0,166	p=0,365	p=0,419	p=0,498	p=0,2343

Tabla 44. Relación entre las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción en la atención recibida y la presencia de patologías médicas. Nivel de significación estadística del Test Chi-Cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

RELACIÓN ENTRE LAS PATOLOGÍAS MÉDICAS MÁS RELEVANTES Y LAS DIMENSIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS (PRIMER BLOQUE)					
Preguntas	Patología cardíaca	Patología respiratoria	Patología renal	Patología digestiva	Patología hepática
Servicio accesible	p=0,277	p=0,279	p=0,766	p=0,197	p=0,583
Servicio confortable	p=0,150	p=0,762	p=0,321	p=0,016	p=0,852
Servicio de garantía	p=0,897	p=0,854	p=0,113	p=0,012	p=0,948
Servicio personalizado	p=0,485	p=0,931	p=0,112	p=0,004	p=0,906
Percepción de seguridad	p=0,883	p=0,648	p=0,051	p=0,004	p=0,926
Calidad percibida	p=0,459	p=0,965	p=0,157	p=0,007	p=0,955

Tabla 45. Relación entre la presencia de patologías médicas relevantes y las dimensiones de calidad y seguridad percibidas. Nivel de significación estadística del Test U de Mann-Whitney. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

5.4.2.5. Relación entre antecedentes personales y las respuestas a preguntas de segundo bloque.

Se estudió la relación de los resultados a las preguntas del segundo bloque basadas en la dimensión fidelidad como componente de la calidad percibida (preguntas 27, 28 y 29) con los antecedentes personales, mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, no detectándose diferencias estadísticamente significativas en las respuestas entre los pacientes con y sin factores de riesgo. Tampoco se detectaron diferencias al analizar los factores de riesgo cardiovascular y las patologías médicas más relevantes de forma conjunta (Tabla 46).

Sí se detectaron diferencias en las respuestas a las pregunta 27 (“El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”) de los pacientes con o sin patología hepática, consistentes en que los pacientes que las padecían consideraron que el hospital Duques del Infantado era peor que otros hospitales en un 36,4% en comparación con los que no la padecían que lo consideraron peor sólo un 14,2%; y en la pregunta número 29 (“Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duques del Infantado, ¿cuál escogería?”), con un 38,6% de pacientes que escogerían el hospital Duques del Infantado entre los que no tenían patología hepática frente a un 12,5% de los que sí las padecía (Tabla 46).

RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES PERSONALES Y FIDELIDAD CON EL HOSPITAL			
Antecedentes personales	Pregunta 27	Pregunta 28	Pregunta 29
Algún antecedente	p=0,934	p=0,408	p=0,902
Factores de riesgo cardiovascular y/o patologías médicas	p=0,279	p=0,131	p=0,949
Factores de riesgo cardiovascular	p=0,435	p=0,064	p=0,685
Patologías médicas relevantes	p=0,075	p=0,545	p=0,458
Tabaquismo	p=0,496	p=0,634	p=0,646
Obesidad	p=0,947	p=0,600	p=0,462
Hipertensión arterial	p=0,497	p=0,103	p=0,493
Diabetes mellitus	p=0,298	p=0,218	p=0,093
Dislipemia	p=0,076	p=0,356	p=0,669
Patología cardíaca	p=0,396	p=0,646	p=0,379
Patología respiratoria	p=0,266	p=0,190	p=0,968
Patología renal	p=0,308	p=0,187	p=0,521
Patología digestiva	p=0,278	p=0,330	p=0,205
Patología hepática	p=0,044	p=0,541	p=0,000

Tabla 46. Relación entre los antecedentes personales y las respuestas a las preguntas sobre la dimensión fidelidad con el hospital. Nivel de significación estadística de la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

5.4.2.6. Relación entre los antecedentes personales y la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad.

Se estudió la relación entre la los antecedentes personales y la presencia de eventos adversos de forma conjunta e individual mediante el Estadístico Chi-cuadrado de Pearson y el Test exacto de Fisher, cuando fue necesario.

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de eventos adversos entre los pacientes con y sin antecedentes personales, ya que el porcentaje de pacientes con al menos un antecedente personal que presentaron eventos adversos fue del 16,7% frente al de los pacientes sin antecedentes personales que fue de 7,2% (Tabla 47).

También se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia del evento adverso dolor que se dio en un 10,2% de los pacientes con antecedentes personales

frente al 2,4% de ocurrencia entre los que no tenían antecedentes; igualmente ocurrió con los pacientes con factores de riesgo cardiovascular que presentaron el evento adverso dolor en un 11,2% frente al 3,8% de los pacientes sin factores de riesgo cardiovascular; y finalmente, también se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de dolor entre los pacientes con el antecedente de patología digestiva que fue del 20,0% frente al 7,2% entre los que no tenían este antecedente (Tabla 47).

RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES PERSONALES Y PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS					
Antecedentes personales	Evento adverso	Dolor	Infección	Sangrado	Acudir a urgencias
Algún antecedente	p=0,035	p=0,027	p=0,212	p=0,219	p=0,422
Factores de riesgo cardiovascular y/o patologías médicas	p=0,223	p=0,131	p=0,133	p=0,444	p=0,672
Factores de riesgo cardiovascular	p=0,077	p=0,020	p=0,585	p=0,528	p=0,745
Patologías médicas relevantes	p=0,109	p=0,376	p=0,246	p=0,555	p=0,099
Tabaquismo	p=0,696	p=0,579	p=0,680	p=0,225	p=0,725
Obesidad	p=0,960	p=0,991	p=0,278	*No posible	p=0,475
Hipertensión arterial	p=0,089	p=0,080	p=0,348	p=0,421	p=0,190
Diabetes mellitus	p=0,136	p=0,430	p=0,725	p=0,384	p=0,532
Dislipemia	p=0,597	p=0,194	p=0,479	p=0,264	p=0,318
Patología cardíaca	p=0,411	p=0,162	p=0,746	p=0,644	p=0,581
Patología respiratoria	p=0,286	p=0,381	p=0,296	p=0,589	p=0,164
Patología renal	p=0,432	p=0,720	p=0,836	p=0,236	p=0,399
Patología digestiva	p=0,304	p=0,041	p=0,243	p=0,658	p=0,394
Patología hepática	p=0,157	p=0,359	p=0,848	p=0,780	p=0,429

Tabla 47. Relación entre antecedentes personales y presencia de eventos adversos. Nivel de significación estadística de la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

* No fue posible realizar contraste de independencia de las variables ya que en todas las historias clínicas de los pacientes con el antecedente de sangrado estaba ausente el dato índice de masa corporal (valores perdidos).

5.4.2.7. Relación entre la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Se analizó la relación entre las respuestas a las preguntas del primer bloque sobre calidad percibida y satisfacción con la atención recibida con la presencia de eventos adversos. Se agruparon las respuestas en tres categorías (percepción baja: 0 a 4; percepción intermedia: 5 a 7; y percepción alta: 8 a 10). Cuando en las tablas de contingencia había más de un 20% de casillas con frecuencia esperada menor de 5 se reagruparon las categorías baja e intermedia quedando dos categorías (baja: 0 a 7; y alta: 8 a 10). En el caso de persistir casillas con frecuencia esperada menores de 5 en más del 20% se utilizó el Estadístico exacto de Fisher.

Se detectaron diferencias estadísticamente en las respuestas a las preguntas 11 en la que los pacientes que no sufrieron eventos adversos puntuaron con la menor puntuación (entre 0 y 4) en un porcentaje de 2,3% frente a al 11,9% de los que sí sufrieron eventos adversos; en las respuestas a la pregunta 14 en la que los pacientes que no sufrieron eventos adversos puntuaron en un 1,6% con valores bajos frente a al 9,5% de los que sí los sufrieron; igualmente en las respuestas a la pregunta 15 también con unos porcentajes de respuestas bajas de 1,6% frente a 11,9%; igual ocurrió con las respuestas a la pregunta 16 por ser los porcentajes de preguntas de menor puntuación un 2,7% en los pacientes sin eventos adversos frente a un 11,9% de los que presentaron eventos adversos; en las respuestas a la pregunta 19 con unos porcentajes en respuestas bajas de 1,6% en pacientes sin eventos adversos frente a un 16,7% en los que presentaron eventos adversos; en las respuesta a la pregunta 22 con un porcentaje en preguntas de 0 a 4 de 2,7% en pacientes sin eventos adversos frente a 16,7% de los que tuvieron eventos adversos; y en las respuestas a la pregunta 24 con unos porcentajes en puntuaciones bajas de 2,3% en los pacientes que no sufrieron eventos adversos frente al 11,9% de los que sí los sufrieron (Tabla 48).

En las respuestas a la pregunta 26 sobre satisfacción con la atención recibida se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentaron eventos adversos y los que no los presentaron ya que el porcentaje de valoraciones bajas, de 0 a 4, fue de 0,8 en los que no presentaron eventos adversos frente al 7,1% de los que sí los presentaron (Tabla 48).

RELACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS DE PRIMER BLOQUE SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS		
Preguntas	Categorías	Significación del test
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=719
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,631
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,592
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,498
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10.	p=0,648
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,363
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,889
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,429
9. La sala de recuperación en planta es confortable	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,277
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,821
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,006
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,942
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,073
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,007

15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,001
16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,016
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,357
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,634
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,000
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,555
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,222
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,000
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10	p=0,110
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10.	p=0,007
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10.	p=0,257
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	Baja: 0 a 4 Intermedia: 5 a 7 Alta: 8 a 10.	p=0,021

Tabla 48. Relación entre las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción en la atención recibida y la presencia de eventos adversos. Nivel de significación estadística de la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

También se analizó la relación entre la valoración global y de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas y la presencia de eventos adversos mediante el test U de Mann-Whitney. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la valoración global de calidad y seguridad ni en la de sus dimensiones entre los pacientes que presentaron al menos un evento adverso y los que no presentaron ninguno (Tabla 49).

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INDICADORES DE SEGURIDAD MÁS FRECUENTES Y LAS DIMENSIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS					
Dimensiones	Eventos adversos	Dolor	Infección	Sangrado	Acudir a urgencias
Servicio accesible	p=0,309	p=0,047	p=0,515	p=0,408	p=0,469
Servicio confortable	p=0,058	p=0,074	p=0,748	p=0,734	p=0,836
Servicio de garantía	p=0,497	p=0,599	p=0,912	p=0,785	p=0,758
Servicio personalizado	p=0,295	p=0,553	p=0,810	p=0,788	p=0,687
Percepción de seguridad	p=0,642	p=0,512	p=0,911	p=0,358	p=0,721
Calidad percibida	p=0,362	p=0,345	p=0,963	p=0,683	p=0,672

Tabla 49. Relación entre la valoración de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas y la presencia de eventos adversos e indicadores de seguridad más frecuentes. Nivel de significación estadística del Test U de Mann-Whitney. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

5.4.2.7.1. Relación entre haber presentado dolor y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Se realizó el análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson agrupando las respuestas en tres categorías (percepción baja: 0 a 4; percepción intermedia: 5 a 7; y percepción alta: 8 a 10). En 20 de las tablas de contingencia había más de un 20% de casillas con frecuencia esperada menor de 5 por lo que se reagruparon las categorías baja e intermedia quedando dos categorías (baja: 0 a 7; y alta: 8 a 10). En el caso de persistir casillas con frecuencia esperada menores de 5 en más del 20% se utilizó el Estadístico exacto de Fisher. Tras esto no se

detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentaron dolor y los que no (Tabla 50).

Las respuestas a la pregunta 26 sobre satisfacción con la atención recibida no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentaron dolor y los que no lo presentaron.

También se analizó la relación entre la valoración global y de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas y la presencia del evento adverso mediante el test U de Mann-Whitney. Sólo se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la valoración de la dimensión servicio accesible que fue mejor valorado por los pacientes que presentaron el evento adverso dolor (Tabla 49).

5.4.2.7.2. Relación entre haber presentado infección de sitio quirúrgico y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Dado que el número de pacientes que sufrieron infección de sitio quirúrgico fue de 4 se reagruparon las categorías baja e intermedia quedando dos categorías (baja: 0 a 7; y alta: 8 a 10). Como se detectó que más del 20% de las casillas presentaban frecuencias esperadas menores de 5 se utilizó el Estadístico exacto de Fisher. Tras esto no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentaron infección del sitio quirúrgico y los que no (Tabla 50).

Las respuestas a la pregunta 26 sobre satisfacción con la atención recibida no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentaron infección del sitio quirúrgico y los que no lo presentaron. (Tabla 50).

También se analizó la relación entre la valoración global y de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas y la presencia del evento adverso mediante el test U de Mann-Whitney. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la valoración global de calidad y seguridad ni en la de sus dimensiones entre los pacientes que presentaron infección del sitio quirúrgico y los que la no presentaron (Tabla 49).

RELACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS DE PRIMER BLOQUE SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INDICADORES DE SEGURIDAD MÁS FRECUENTES				
Preguntas	Dolor	Infección	Sangrado	Acudir a urgencias
1. ¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	p=0,216	p=0,738	p=0,204	p=0,172
2. ¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	p=0,388	p=0,7571	p=0,618	p=0,154
3. Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables	p=0,282	p=0,664	p=0,239	p=0,603
4. Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo	p=0,107	p=0,696	p=0,43	p=0,889
5. Las instalaciones del hospital le han parecido limpias	p=0,530	p=0,627	p=0,612	p=0,448
6. El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado	p=0,314	p=0,456	p=0,400	p=0,553
7. Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	p=0,674	p=0,686	p=0,055	p=0,750
8. El ambiente en la sala de espera es agradable	p=0,821	p=0,555	p=0,639	p=0,679
9. La sala de recuperación en planta es confortable	p=0,062	p=0,668	p=0,438	p=0,863
10. La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	p=0,916	p=0,590	p=0,234	p=0,700
11. El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	p=0,053	p=0,307	p=0,169	p=0,626
12. El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades	p=0,207	p=0,471	p=0,322	p=0,454
13. Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	p=0,565	p=0,399	p=0,251	p=0,202
14. ¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?	p=0,460	p=0,503	p=0,355	p=0,189
15. ¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	p=0,582	p=0,6907	p=0,637	p=0,034

16. ¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?	p=0,535	p=0,399	p=0,251	p=0,087
17. ¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	p=0,284	p=0,519	p=0,372	p=0,042
18. ¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?	p=0,319	p=0,503	p=0,355	p=0,189
19. ¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?	p=0,354	p=0,487	p=0,662	p=0,421
20. ¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?	p=0,582	p=0,663	p=0,539	p=0,033
21. ¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	p=0,537	p=0,464	p=0,208	p=0,050
22. ¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?	p=0,487	p=0,658	p=0,199	p=0,067
23. ¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?	p=0,990	p=0,607	p=0,363	p=0,010
24. ¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?	p=0,338	p=0,449	p=0,299	p=0,048
25. ¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	p=0,328	p=0,587	p=0,662	p=0,075
26. ¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	p=0,424	p=0,447	p=0,409	p=0,121

Tabla 50. Relación entre las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción en la atención recibida y presencia de eventos adversos e indicadores de seguridad más frecuentes. Nivel de significación estadística de la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

5.4.2.7.3. Relación entre haber presentado sangrado y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Dado que el número de pacientes que presentaron sangrado fue de 6 se reagruparon las categorías baja e intermedia quedando dos categorías (baja: 0 a 7; y alta: 8 a 10). Como se detectó que más del 20% de las casillas presentaban frecuencias esperadas menores de 5 se utilizó el Estadístico exacto de Fisher. Sólo se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la pregunta 4 al haber un porcentaje menor de pacientes con puntuaciones altas entre los que no presentaron sangrado que los que sí lo presentaron (58,7% frente a 100%) (Tabla 50).

Las respuestas a la pregunta 26 sobre satisfacción con la atención recibida no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentaron sangrado y los que no lo presentaron (Tabla 50).

También se analizó la relación entre la valoración global y de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas y la presencia de eventos adversos mediante el test U de Mann-Whitney. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la valoración global de calidad y seguridad ni en la de sus dimensiones entre los pacientes que presentaron sangrado y los que no lo presentaron (ver Tabla 49).

5.4.2.7.4. Relación entre el indicador de seguridad “acudir a urgencias” y las respuestas a preguntas de primer bloque sobre calidad y percibidas y satisfacción con la atención recibida.

Se analizó la relación entre la ocurrencia de acudir a urgencias y la percepción de los pacientes sobre la calidad y seguridad de la atención así como su satisfacción con ésta.

Se realizó el análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson agrupando las respuestas en tres categorías (percepción baja: 0 a 4; percepción intermedia: 5 a 7; y percepción alta: 8 a 10). Como quiera que en 14 de las tablas de contingencia había más de un 20% de casillas con frecuencia esperada menor de 5 se reagruparon las categorías baja e intermedia quedando dos categorías (baja: 0 a 7; y alta: 8 a 10). En el caso de persistir casillas con frecuencia esperada menor de 5 en más del 20% se utilizó el Estadístico exacto de Fisher. Tras esto se detectaron diferencias estadísticamente significativas, con mayor proporción de valoraciones altas en los que no tuvieron que acudir a urgencias frente a los que sí acudieron,

en las respuestas a las preguntas 15 (80,6% frente a 60% de valoraciones altas), 17 (85,9% de valoraciones altas frente al 66,7%), la 20 (91,4% frente a 75%), la 21 (con 86,7% en los pacientes sin el evento frente al 70% en los que sí), la 23 (con 81% frente a 55%) y la pregunta 24 (con un 83,2% de valoraciones altas en los pacientes que no acudieron a urgencias y un 65% en los que sí) (Tabla 50).

Las respuestas a la pregunta 26 sobre satisfacción con la atención recibida no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que acudieron a urgencias y los que no acudieron (Tabla 50).

También se analizó la relación entre la valoración global y de las dimensiones de calidad y seguridad percibidas y la presencia de este indicador mediante el test U de Mann-Whitney. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la valoración global de calidad y seguridad ni en la de sus dimensiones entre los pacientes que acudieron a urgencias y los que no lo precisaron (Tabla 49).

5.4.2.8. Relación entre la presencia de eventos adversos y las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre la dimensión fidelidad con el servicio.

Se estudió la independencia de los resultados a las preguntas del segundo bloque sobre la dimensión fidelidad como componente de la calidad percibida con la presencia de eventos adversos, mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, y se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 51):

- **Relación entre las respuestas a la pregunta 27 sobre fidelidad con el servicio (“El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”) y la presencia de eventos adversos:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$ con Corrección de Bonferroni) entre los pacientes que presentaron eventos adversos y los que no en las categorías “igual” (73,7% en los que sí presentaron frente a 56,4% en los que no); y “mejor” (11,3% en los que presentaron eventos adversos frente a 28,2% en los que no).
- **Relación entre las respuestas a la pregunta 28 sobre fidelidad con el servicio (“¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”) y la presencia de eventos adversos:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los entrevistados que presentaron eventos adversos y los que no, de forma que el 95% de los que no presentaron eventos adversos respondieron “sí” frente al 84% de los que no lo presentaron.

- **Relación entre las respuestas a la pregunta 29 sobre fidelidad con el servicio (“Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duques del Infantado, ¿cuál escogería?”) y la presencia de eventos adversos:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de los pacientes que presentaron eventos adversos y los que no los presentaron.

RELACIÓN EVENTOS ADVERSOS Y OTROS INDICADORES DE SEGURIDAD Y LA DIMENSIÓN FIDELIDAD CON EL HOSPITAL			
	Pregunta 27	Pregunta 28	Pregunta 29
Eventos adversos	p=0,015	p=0,021	p=0,288
Dolor	p=0,193	p=0,049	p=0,082
Infección	No es posible*	p=0,774	No es posible*
Sangrado	No es posible*	p=0,320	No es posible*
Acudir a urgencias	p=0,095	p=0,043	p=0,876

Tabla 51. Relación entre eventos adversos y la fidelidad con el hospital. Nivel de significación estadística de la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Se resaltan en color rojo las diferencias que resultaron estadísticamente significativas.

* No es posible realizar contraste de independencia de las variables por presentar frecuencias esperadas menores de 5 en más del 20% y no poderse reagrupar las categorías de la variable.

5.4.2.8.1. Relación entre la presencia de dolor como evento adverso las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre la dimensión fidelidad con el servicio.

Se estudió la independencia de los resultados a las preguntas del segundo bloque basadas en la dimensión fidelidad como componente de la calidad percibida con la presencia del evento adverso “dolor”, mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, y se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 51):

- **Relación entre las respuestas a la pregunta 27 sobre fidelidad con el servicio (“El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”) y haber presentado dolor como evento adverso:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas.
- **Relación entre las respuestas a la pregunta 28 sobre fidelidad con el servicio (“¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”) y haber presentado dolor como**

evento adverso: se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que no presentaron dolor y los que sí lo sufrieron, consistiendo en que el 94,8% de los que no presentaron dolor recomendarían el hospital frente al 83,3% de los que sí lo presentaron, y consecuentemente el 5% de los que no presentaron el evento adverso no lo recomendarían frente al 17% de los que presentaron el evento adverso.

- **Relación entre las respuestas a la pregunta 29 sobre fidelidad con el servicio (“Entre otro hospital público de la ciudad y el Hospital Duques del Infantado, ¿cuál escogería?”) y haber presentado dolor como evento adverso:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los pacientes que presentaron dolor y las de los que no.

5.4.2.8.2. Relación entre la presencia de los eventos adversos “infección”, “sangrado” y las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre la dimensión fidelidad con el servicio.

Al aplicar la prueba Chi-cuadrado de Pearson sólo se pudo contrastar la hipótesis de independencia entre la presencia de los eventos adversos infección de sitio quirúrgico, sangrado y las respuestas a la pregunta número 28 que permitió realizar una tabla de contingencia de 2X2 y someterlas al Estadístico exacto de Fisher. Mientras que las tablas de contingencia de las preguntas 27 y 29 presentaban frecuencias esperadas menores de 5 en más del 20% y no fue posible reagrupar las categorías (Tabla 51).

- **Respuestas a la pregunta 28 sobre fidelidad con el servicio (“¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”):** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de los pacientes que presentaron los eventos adversos **infección y sangrado** y los que no.

5.4.2.8.3. Relación entre el indicador de seguridad “acudir a urgencias” y las respuestas a preguntas de segundo bloque sobre la dimensión fidelidad con el servicio.

Se estudió la independencia de los resultados a las preguntas del segundo bloque relacionadas con la dimensión fidelidad como componente de la calidad percibida con la presencia del indicador de seguridad **acudir a urgencias**, mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, y se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 51):

- **Relación entre las respuestas a la pregunta 27 sobre fidelidad con el servicio (“El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?”) y “acudir a urgencias”:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas.
- **Relación entre las respuestas a la pregunta 28 sobre fidelidad con el servicio (“¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?”) y “acudir a urgencias”:** se detectaron diferencias estadísticamente significativas, al responder que que sí un 94,5% de los que no acudieron a urgencias frente a un 82,4% de los que sí acudieron.
- **Relación entre las respuestas a la pregunta 29 sobre fidelidad con el servicio (“Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duques del Infantado, ¿cuál escogería?”) y “acudir a urgencias”:** no se detectaron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

El propósito del presente estudio de conocer la percepción de calidad y seguridad de los pacientes, la satisfacción con la asistencia percibida, la relación de éstas con los antecedentes personales, con el tipo de cirugía y con la presencia de incidentes relacionados con la seguridad en una unidad de cirugía mayor ambulatoria se justifica dentro de la tendencia actual de considerar al paciente el centro de un sistema sanitario de alta calidad y de hacerlo partícipe de su funcionamiento y de su mejora continua^{44,54,205}.

La importancia que adquiere la calidad de productos y servicios a finales del siglo XX^{3,4} se hace extensiva al sector sanitario en el presente, introduciéndose además la perspectiva del paciente como una de las formas de medida de la misma^{44,53}. De igual manera la relevancia de la seguridad del paciente se hace patente en el cambio de siglo tanto a nivel mundial¹³², como europeo¹³⁴, nacional¹³⁶ o de nuestra comunidad autónoma¹³⁷.

Por otro lado el auge en la implantación de la cirugía mayor ambulatoria nos llevó a centrar nuestro interés en el estudio de la calidad y la seguridad de un procedimiento que supone un porcentaje mayoritario de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en la actualidad en todo el mundo¹⁷⁹.

Como se ha expuesto en la introducción la percepción de calidad es un concepto diferente al de satisfacción, aunque estén relacionados, por lo que hemos pretendido medir ambas, así como su afectación por la presencia de eventos adversos. Por otro lado, nos propusimos evaluar de forma más detallada la percepción de seguridad que, si bien puede considerarse un componente o atributo de la calidad, se ha estudiado de forma diferenciada con el objetivo de conocer con mayor concreción la influencia de los eventos adversos sobre la valoración que hace el usuario de la atención que recibe.

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

El estudio se diseñó con la intención de conocer la calidad y seguridad percibidas y la satisfacción con la atención recibida por los usuarios de nuestra unidad de CMA en dos grupos diferenciados.

El primer grupo valoró estos aspectos de forma inmediata, en el mismo día de la intervención antes de que obtuvieran el alta de la unidad, mediante una encuesta autoadministrada. Se ha sugerido que las encuestas realizadas durante el mismo proceso de atención permitirían una reacción más inmediata y más exacta y limitaría el sesgo de no respuesta²⁰⁶.

El segundo lo hacía un mes después de haber recibido la atención a través de entrevista telefónica utilizando el mismo cuestionario, lo que puede permitir un mayor anonimato y quizás una mayor captura de entrevistados, pero con las posibles desventajas de introducir el sesgo del entrevistador y sólo encuestar personas localizables ⁹⁵.

Este planteamiento se basó en la esperanza de que la comparación de dos grupos en dos momentos diferentes tras la prestación del servicio, aunque se tratase individuos distintos, además de complementarse podría darnos información de su variación con el tiempo y de la posible influencia de factores como la presencia de eventos adversos.

De forma complementaria se ha estudiado la relación de las valoraciones de los encuestados con la presencia de factores de riesgo, antecedentes médicos y la especialidad quirúrgica de la que fueron intervenidos con el objetivo de detectar su influencia en la percepción del paciente. Estos datos se han extraído a través del análisis de las historias clínicas. En lo que respecta a los eventos adversos hemos optado por un método de detección que si bien no parece ser el más recomendado para la práctica clínica por su alto coste, poca precisión o frecuente documentación incompleta ²⁰⁷ sí lo es en el contexto de una investigación ¹⁷².

6.2. CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO.

El cuestionario que se obtuvo finalmente constaba de 35 preguntas y un apartado de observaciones. De ellas, cinco preguntas cerradas solicitaban datos sociales y demográficos de los usuarios. Otras veintinueve preguntas estaban destinadas a conocer la percepción de calidad y de seguridad así como la satisfacción con la atención recibida. Con una pregunta abierta se instaba al encuestado a manifestar sus propuestas de mejora. Finalmente el participante podría exponer las observaciones que estimase oportunas en el apartado destinado a tal fin.

Para medir la percepción de calidad y de seguridad se ha utilizado una adaptación del cuestionario SERCAL ⁶⁶ para su uso en una unidad de corta estancia. Éste está basado en la metodología SERVQUAL la cual, a pesar de las críticas que ha recibido referentes a su validez y fiabilidad desde su creación hace 30 años, ha sido ampliamente utilizada en el sector público incluido el sanitario ²⁰⁸. Con este aval y con la asunción de la multidimensionalidad del concepto de calidad de un servicio se ha adaptado el modelo SERCAL. Pero también se ha querido ir más allá de las valoraciones a unas preguntas cerradas mediante dos preguntas con respuestas libres sobre propuestas de mejoras y observaciones.

Tras una fase de pilotaje se han modificado las preguntas para hacerlas más comprensibles al usuario de nuestro servicio. Se han considerado las cinco dimensiones de la percepción de calidad propuestas por el modelo SERCAL y también se ha respetado la segregación de la dimensión fidelidad con el servicio que ha sido valorada con preguntas cuyas respuestas fueron de tipo dicotómico o policotómico con tres categorías posibles.

A las dimensiones servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado y servicio de garantía del cuestionario SERCAL hemos añadido el concepto de percepción de seguridad, que si bien formaría parte de la dimensión servicio de garantía, hemos pretendido valorarla con preguntas diferenciadas ya que su conocimiento era uno de los objetivos del presente estudio. Estas cinco dimensiones, incluida la percepción de seguridad, han sido valoradas a través de 25 ítems cada uno de los cuales pertenecía a una de ellas. Además hemos considerado este conjunto de 25 ítems como una escala Likert donde el valor de cada uno de ellos es sumado para conseguir el valor total por cada paciente. Esto nos ha permitido por un lado conocer las respuestas de los encuestados a cada ítem, por otro la valoración que da cada entrevistado a las distintas dimensiones y, por último, calcular un valor de percepción total de calidad y seguridad sumando el resultado de todos los ítems.

Respecto al tipo de escala de respuestas hemos utilizado una forma mixta semántica y numérica para intentar minimizar los inconvenientes que tiene el uso de cada una de ellas de forma individual. Las escalas semánticas son más concretas y más fáciles de entender y contestar, mientras que las numéricas pueden ser más intuitivas y permiten utilizar un rango más amplio de graduación en las respuestas ²⁰⁹. Por ello, la forma mixta nos ha aportado de una parte la ventaja de la concreción de la escala semántica, utilizando frases explicativas del tipo “totalmente satisfecho”, “totalmente de acuerdo”, “en desacuerdo”, “satisfecho”, etc; y de otra parte nos ha dado la posibilidad de usar un mayor número de valores que facilitan al encuestado expresar su opinión de forma más afinada. Además pensamos que la incorporación de los valores 0 y 10 facilitarían al participante manifestar de forma rotunda sus grados de total desacuerdo o acuerdo. De igual manera el número impar de valores les permitiría manifestar una posición neutra (valor 5).

El tratamiento estadístico para el análisis univariado y bivariado de las respuestas a los elementos se ha realizado con métodos no paramétricos al tratarse de una escala en principio ordinal, habiéndose también agrupado los resultados en tres categorías (valoración baja, valoración intermedia y valoración alta) para facilitar su interpretación. Para el análisis como escala sumatoria (Escala de Likert) así como para valorar sus cualidades psicométricas como test se ha tratado como una escala de intervalo ²¹⁰.

6.2.1. Percepción de calidad y seguridad.

Como se detalla a continuación, las primeras veinticinco preguntas del cuestionario envuelven los principales aspectos de cada una de las cuatro dimensiones de la calidad y de la dimensión específica de seguridad.

La dimensión servicio accesible quedó representada en el cuestionario con las preguntas número 1 (“¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?”) y la número 2 (“¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?”) que permitían valorar a los encuestados la accesibilidad física al edificio donde está ubicada la unidad de CMA y que puede estar afectada por condicionantes como los medios de transporte, la disponibilidad de aparcamientos, las señales de indicación, la existencia de barreras arquitectónicas, etc. La pregunta número 7 (“Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?”) cubría otro de los aspectos de esta dimensión que consiste en la accesibilidad administrativa permitiendo al encuestado valorar la facilidad o dificultad en realizar un primer contacto con el servicio al que accede.

La dimensión servicio confortable estuvo representada por los ítems número 3 (“Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables”), número 8 (“El ambiente en la sala de espera es agradable”) y número 9 (“La sala de recuperación en planta es confortable”) que pretendían conocer la valoración de los usuarios tanto de la comodidad de las instalaciones en general, como de forma específica de las salas de espera y la sala de recuperación como dos componentes esenciales en la circulación de pacientes y familiares dentro de la unidad, que además pueden tener gran influencia sobre la satisfacción global de éstos ²¹¹. Las preguntas número 5 (“Las instalaciones del hospital le han parecido limpias”) y número 6 (“El aspecto del personal le ha parecido limpio y aseado”) cubren uno de los componentes, la limpieza de las instalaciones y la imagen del personal en este sentido, que pueden crear un mayor nivel de expectación en los pacientes sobre la calidad de un servicio sanitario ²¹². Igualmente el elemento número 4 (“Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo”) mide otro de los componentes que hacen a un servicio confortable en la medida que facilita la movilidad dentro de la instalación, siendo también uno de los aspectos para los que los usuarios de servicios sanitarios tienen un mayor nivel de expectación ²¹².

La dimensión servicio personalizado estuvo presente a través de las preguntas número 11 (“El médico ha dedicado el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas”) y número 12 (“El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades”) con las que pretendimos

conocer la valoración de los pacientes de un aspecto de la calidad que está muy relacionada con niveles altos de satisfacción ²¹³. Las preguntas número 20 (“¿Cómo valora el respeto con el que le han tratado en el hospital?”) y número 21 (“¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?”) pretenden sopesar otros importantes componentes de la valoración de la calidad de un servicio hospitalario como es el respeto a la persona y específicamente el respeto a la intimidad ²¹⁴. Finalmente con la pregunta número 25 (“¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?”) se pretendió conocer la importancia que tiene para el paciente la identificación de los trabajadores dentro de una atención personalizada.

La dimensión servicio de garantía se estudió mediante ítems que valoraron distintos aspectos que la integran quedando como una dimensión independiente la percepción de seguridad. Así con la pregunta número 10 (“La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta”) pretendíamos obtener una valoración indirecta de la garantía que ofrece el servicio desde un punto de vista organizativo. La pregunta número 11 (“Ha recibido suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta”) estaba destinada a conocer la apreciación que el usuario hace de una de las facetas más valorada por los usuarios de servicios sanitarios como es la información proporcionada por el personal que le atiende ²¹⁵, con la importancia añadida que tiene la obtención de una información adecuada sobre la continuidad en los cuidados de pacientes que son dados de alta el mismo día de la intervención. Con las preguntas número 18 (“¿Cuánto confía en la asistencia que ha tenido en el hospital por parte del personal de enfermería?”) y número 19 (“¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?”) se pretendió conocer la confianza del usuario en el servicio, no sólo porque ésta puede ser indicativa de calidad, sino también como medio de control y mejora en seguridad ²¹⁶. Finalmente con las preguntas número 22 (“¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le ha dedicado el médico?”), número 23 (“¿Cómo de controlado está el dolor al marcharse del hospital?”) y número 24 (“¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?”) buscábamos completar la información aportada por el paciente sobre la garantía del servicio respecto a la propia intervención quirúrgica, lo adecuado del alta por estar el dolor controlado y de la atención dispensada por el cirujano durante el proceso.

La mayoría de las publicaciones sobre la cultura de seguridad del paciente se basan en estudios sobre valoraciones realizadas por el personal sanitario ^{144,146,149}. En la práctica hay pocos estudios centrados en la seguridad desde la perspectiva del paciente y más concretamente del paciente quirúrgico, además la mayoría se basan en la percepción que tienen éstos sobre la ocurrencia y la probabilidad de sufrir eventos adversos ¹⁵¹. Sin embargo,

nuestro estudio no se hizo desde el punto de vista de los eventos adversos sino a través de preguntas directas sobre percepción de seguridad. Así la sensación general de seguridad se pretendía valorar a través de la pregunta número 14 (“¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?”); con la pregunta número 15 (“¿Cómo se siente de seguro con el equipamiento técnico del hospital?”) indagamos sobre la apreciación del usuario respecto a la seguridad de las instalaciones; con la pregunta número 16 (“¿Cómo se siente de seguro al irse de alta del hospital?”) buscábamos la sensación del paciente en el momento del alta; finalmente, la pregunta número 17 (“¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?”) podría darnos idea de la sensación de seguridad que confiere tener la posibilidad de contacto y asistencia continua tras el alta.

La validez de constructo de este bloque de 25 preguntas del cuestionario referentes a la percepción de calidad y seguridad se determinó mediante el Análisis Factorial de sus componentes detectándose tres factores que explicaban un 67,7% de la varianza. De éstos tres factores el que hemos denominado “atención clínica y personal” se corresponde con las dimensiones servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad. El factor denominado “estado de las instalaciones y recepción” se correspondería con la dimensión servicio confortable. Y por último el factor nombrado como “acceso y comunicación del centro” se correspondería con la dimensión servicio accesible.

La fiabilidad del bloque de 25 preguntas se demostró a través de su consistencia interna, con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,960 (consistencia excelente²¹⁷). También se comprobó la consistencia interna de cada una de las dimensiones siendo la de menor valor de Alfa de Cronbach la dimensión servicio accesible con un valor de 0,770 (consistencia aceptable²¹⁷). y la de mayor la percepción de seguridad con un valor de 0,922 (consistencia excelente²¹⁷). De igual forma la consistencia interna de los tres factores detectados en el análisis factorial fue aceptable (Alfa de Cronbach = 0,769) para el factor “acceso y comunicación del centro”, buena (Alfa de Cronbach = 0,891) para el factor “estado de las instalaciones y recepción” y excelente (Alfa de Cronbach = 0,964) para el factor “atención clínica y personal”²¹⁷.

6.2.2. Satisfacción con la atención recibida.

La satisfacción con la atención recibida fue investigada con el ítem número 26 (¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?). En ella utilizamos el mismo formato de pregunta y respuesta para que nos permitiese ponerla en

relación con los conceptos de percepción de calidad y seguridad que, a pesar de constituir nociones diferentes, en la actualidad se reconoce que están muy relacionadas entre sí ^{103,104}.

6.2.3. Fidelidad con el servicio.

La dimensión fidelidad con el servicio, siguiendo el modelo SERCAL ⁶⁶, se ha estudiado de forma autónoma mediante preguntas con respuestas categóricas de tipo dicotómico o policotómico con las que el paciente ha podido expresar su valoración del servicio frente a otros que conozca así como su inclinación a volver a utilizarlo o recomendarlo. La evaluación independiente se hizo porque aunque esta dimensión está relacionada con las otras, y cabe esperar que con la satisfacción, es más una consecuencia de las primeras que un atributo en sí.

6.2.4. Propuestas de mejora y observaciones.

Con la pregunta número 30 (“¿qué cree que es lo primero que hay que mejorar del hospital?”) y con el apartado de observaciones se ha pretendido obtener una valoración libre del proceso de atención por parte del paciente. Ofrecer la oportunidad de hablar abiertamente al paciente nos ha permitido tener una visión complementaria a las preguntas planteadas en el cuestionario. Además de producir unos resultados equivalentes en la evaluación, el tipo de información y el nivel de detalle de la información obtenida del análisis de la exposición libre de los participantes puede ser superior a la aportada por las respuestas de un cuestionario estructurado ²¹⁸.

6.3. TASA DE RESPUESTA.

La tasa de respuestas fue prácticamente igual en ambas fases a pesar de que fueron diferentes los procedimientos de encuesta.

En la fase I se realizó a una encuesta autoadministrada y se consiguió una tasa del 56% que supera a la del 34% obtenida en un estudio realizado en nuestro país en un servicio de medicina interna utilizando el mismo procedimiento ²¹¹ y a la del 32% del estudio realizado en pacientes hospitalizados en 39 hospitales alemanes del área de Dresden con igual método de administración ²¹¹.

En la fase II se consiguió una tasa del 55%, que si bien es idéntica a la que obtienen por el mismo procedimiento de encuesta telefónica en un estudio realizado en un servicio de urgencias en nuestra comunidad autónoma ⁶⁸, es inferior a la conseguida en un estudio realizado por nuestra unidad en el año 2001 (tasa de respuesta del 70%) ⁷⁰.

Es probable que la tasa de respuesta del cuestionario autoadministrado de nuestro estudio se deba a que el hecho de facilitarse en la sala de recuperación con la indicación de depositarla en un buzón en el control de enfermería en el momento de recibir el informe de alta tenga un efecto inductivo en los entrevistados, similar al de una entrevista personal.

En ambas encuestas la tasa de respuesta está por encima del mínimo recomendado para evitar la introducción de sesgo por baja respuesta y que se estima en un 50% ⁹⁵.

6.4. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS.

En cuanto a los datos sociodemográficos en la fase I un 55% de los participantes eran varones frente a un 47% en la fase II lo que no suponía una diferencia estadísticamente significativa.

La edad fue similar en los participantes en fase I con una media de 48,96 años (Intervalo Confianza al 95%: 46,53-51,38), estando el 80% de los pacientes entre 36 y 73 años (percentiles 10 y 90 respectivamente); frente a una media de 50,44 años en la fase II (Intervalo de Confianza al 95%: 48,73-52,16), estando el 80% de la muestra entre 28 y 68 años (percentiles 10 y 90 respectivamente). Estos datos pueden estar justificados por el tipo de pacientes que son intervenidos en régimen de CMA que deben cumplir unos criterios de selección en los que se incluyen aspectos fisiológicos (grados I ó II de ASA ¹⁹⁶) y psicológicos que suelen corresponderse con personas jóvenes o de mediana edad. Igualmente contribuiría el haberse excluido del estudio los pacientes sometidos a intervenciones de oftalmología, principalmente intervenciones de cataratas, que se practican en personas de mayor edad. Aún así el rango de valores fue desde 9 a 82 años en la fase I y de 13 a 81 años en la fase II.

A pesar de que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las medias de edad, sí se detectaron al analizarla de forma categorizada en tres grupos (\leq 40 años; 41-60 años; \geq 61 años), de forma que en la fase I hubo mayor porcentaje de encuestados menores o iguales de 40 años frente a la fase II donde el mayor grupo de encuestados tenían entre 41 y 60 años. Esta diferencia probablemente sea debida a que los mayores de 40 años se localizan a través de llamadas telefónicas en los primeros intentos en

mayor proporción que los más jóvenes ²¹⁹. Los grupos entrevistados en ambas fases fueron similares en cuanto al estado civil no detectándose diferencias estadísticamente significativas en la distribución de ambos. El estado civil de la mayor parte de los participantes fue casado/a con más del 60% de los encuestados en ambas fases, seguido de soltero/a con más del 20% en ambas fases y de separados/as y viudos/as con menos de un 10% cada uno.

En cuanto al nivel de estudios la distribución de las distintas categorías de la variable entre los entrevistados en la fase I y la fase II fue similar. La mayor proporción de los encuestados tenían estudios primarios, seguidos de los que tenían estudios secundarios, universitarios y finalmente los que no tenían estudios.

La situación laboral de la mayoría de los entrevistados en ambos grupos fue situación activa (“trabajando”) con una proporción alrededor del 40%. La situación de desempleado y de estudiante se dio también en proporciones similares en ambos grupos siendo alrededor del 16% y del 4% respectivamente. Mientras que las situaciones de ama de casa y jubilados tuvieron proporciones diferentes siendo la diferencia en la categoría ama/o de casa estadísticamente significativa con un 12,7% en el grupo de la fase I frente a un 21,7% en el grupo de la fase II. Esta diferencia podría explicarse por la mayor proporción de respuestas a las llamadas telefónicas de las/os amas/os de casa ²²⁰.

De forma general puede concluirse que los grupos de pacientes entrevistados en ambas fases presentan unas características sociodemográficas similares lo que nos permite poder hacer comparaciones en relación con las respuestas del cuestionario sobre calidad y seguridad percibidas y satisfacción con la atención recibida.

6.5. PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD.

La valoración de los ítems sobre percepción de calidad y seguridad fue media o alta (de 5 ó mayor) para más del 78% de los entrevistados en la fase I y para más del 89% en la fase II, siendo alta (de 8 ó mayor) para más del 53% de los entrevistados en la fase I y del 56% de los entrevistados en la fase II.

La pregunta peor valorada tanto en la fase I como en la fase II fue la pregunta número 10 (“La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta”). Este aspecto organizativo es causa de insatisfacción en los usuarios en la atención sanitaria general y a pesar de no haber recibido la misma atención que se le presta a la espera desde el diagnóstico hasta la cirugía (lista de espera) también es relevante para los pacientes que van a ser intervenidos ²¹⁴. En nuestro estudio hay diferencias entre las dos fases siendo peor

valorada en el postoperatorio inmediato. Aunque el tiempo de espera hasta que el paciente es atendido no es de los indicadores de calidad considerados como más importantes por los pacientes ²²¹ probablemente deba ser tenido en cuenta como posible objeto de análisis y de mejora en nuestra unidad.

La pregunta mejor valorada tanto en la fase I como en la fase II fue la pregunta número 20 (“¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?”) con puntuaciones altas en más del 90% de los encuestados. Creemos que se trata de un resultado muy positivo para nuestra unidad ya que el trato con respeto al paciente es uno de los atributos considerados como más importantes en la valoración de la calidad de la atención sanitaria y que además se relaciona con el nivel de satisfacción conseguido en el paciente^{221,222}.

La dimensión mejor valorada en ambas fases fue la percepción de seguridad (con valoraciones altas en más del 78%). Exceptuando la valoración a la pregunta número 10 (la peor valorada en ambas fases) la siguiente dimensión mejor valorada fue la de servicio de garantía (con valoraciones altas en más del 74%, seguida de la dimensión servicio personalizado (con valoraciones altas en más del 72%). Las dimensiones servicio confortable y servicio accesible fueron las peor valoradas (con valoraciones altas para al menos el 54%).

El valor de la suma de las preguntas de percepción de calidad y seguridad de cada entrevistado no difirió entre la fase I y la fase II (valor resumen de percepción de calidad y seguridad). Igual ocurrió con las valoraciones de cada una de las las dimensiones de calidad y seguridad percibidas.

El análisis comparativo de las respuestas sobre calidad y seguridad percibidas y de satisfacción con la atención recibida entre las dos fases del estudio, tanto de forma individual como agrupadas en las dimensiones o en el valor sumatorio que hemos denominado percepción global, no encontró grandes diferencias. De forma que de todas estas comparaciones sólo en tres preguntas se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo éstas además mejor valoradas en la fase II. Respecto a la influencia del momento en que se realizan las encuestas sobre la valoración que hacen los encuestados no hay resultados concluyentes ⁹⁵. Se han publicado varios estudios que detectan que los pacientes valoran peor la atención que reciben cuando ha transcurrido un tiempo desde ésta ²²³ pero también otros que no encuentran diferencia entre valoraciones hechas de forma inmediata o varias semanas después ^{206,223}.

6.5.1. Dimensión servicio accesible.

La valoración de la dimensión servicio accesible fue alta (puntuación de 8 ó mayor) para más del 54% de los encuestados en la fase I y del 58% en la fase II, no constituyendo una diferencia estadísticamente significativa.

Esta dimensión fue una de las peor valoradas, principalmente en las preguntas referentes a los accesos y la comunicación del edificio. Este aspecto fue también reseñado en los comentarios expresados en la pregunta número 30 (“¿Qué cree que es lo primero que hay que mejorar del hospital?”) así como en el apartado de observaciones, con un total de 11 comentarios negativos en la fase I y de 32 en la fase II. La mayoría de ellos estaban relacionados con la falta de aparcamiento público en las inmediaciones del hospital. Se trata de una faceta de esta dimensión que obtiene frecuentemente valoraciones bajas y a menudo es fuente de quejas pero que, sin embargo, no constituye un importante determinante de la satisfacción ^{68,109,211}.

Fue mejor valorada la rapidez en la atención en la recepción (valoración alta en más del 70% de los encuestados en ambas fases) lo que supone un dato positivo para nuestra unidad ya que a menudo se ha detectado como causa determinante de insatisfacción ²²⁴.

6.5.2. Dimensión servicio confortable.

La valoración de la dimensión servicio confortable fue alta (puntuación de 8 ó mayor) para más del 55% de los encuestados en la fase I y del 59% en la fase II. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Las preguntas 3 y 4 referentes al aspecto de las instalaciones y la facilidad para desenvolverse en el hospital fueron las que tuvieron la peor valoración. Además, los comentarios a la pregunta 30 y del apartado de observaciones fueron abundantes respecto la antigüedad de las instalaciones con 53 comentarios en la fase I y 121 comentarios en la fase II.

Las referentes a limpieza (pregunta 5: 78% de valoraciones altas) y comodidad de la sala de espera y recuperación (preguntas 8 y 9: 64-70% de valoraciones altas) fueron mejor valoradas en ambas fases. El aspecto del personal fue muy bien valorado en ambas fases (pregunta 6: más del 86% de valoraciones de 8 ó mayores).

Aunque no sean de los que más influencia ejerzan, el estado y la comodidad de las instalaciones suelen ser determinantes de la satisfacción de los usuarios, lo cual podría ser

explicado por la falta de conocimientos médicos de los usuarios que les hace tener en cuenta aspectos del servicio que pueden valorar sin dificultad como los mencionados ^{211,225}. Por otra parte, los elementos arquitectónicos desempeñan un papel en la satisfacción del paciente si hacen el ambiente más agradable y pueden ayudar a disminuir la ansiedad perioperatoria ²²⁶.

6.5.3. Dimensión servicio personalizado.

La valoración de la dimensión servicio personalizado fue alta para más del 72% de los encuestados en la fase I y del 74% en la fase II.

La identificación del personal fue mejor valorada en la fase II (pregunta 25).

El tiempo dedicado por el médico a resolver dudas fue valorado con puntuaciones altas en más del 74% en ambas fases (pregunta 11) y aún mejor la atención del personal de enfermería (pregunta 12: más del 82% puntuaciones altas). Se ha detectado que estos dos componentes tienen un importante impacto tanto en la percepción de calidad como en el nivel de satisfacción manifestado por los usuarios, con mayor peso incluso la atención por enfermería ^{211,227,228}.

El respeto en el trato fue muy bien valorado en ambas fases (pregunta 20: más del 90% de valoraciones altas). El trato con cortesía y respeto también parece ser un importante predictor de satisfacción ²²⁹.

El respeto a la intimidad fue bien valorado aunque con mayores puntuaciones en la fase II (pregunta 21: 72% y 86% de puntuaciones altas respectivamente).

Todos estos resultados suponen un hallazgo positivo teniendo en cuenta que la interacción entre paciente y personal sanitario constituye uno de los más importantes determinantes de la satisfacción, a veces incluso por encima del propio resultado del servicio recibido, y que debe ser objeto del esfuerzo que realicen las instituciones para mejorar la satisfacción de forma general ²²⁷.

Probablemente las diferencias encontradas entre ambas fases, con peores puntuaciones en la fase I respecto a la fase II, se deban a que el paciente entrevistado inmediatamente tras el procedimiento tienen más presente estos aspectos de la atención que los que lo son al mes de la intervención en los que su importancia ha podido quedar diluida por la presencia de algún incidente o por la mejoría y/o la curación clínica.

6.5.4. Dimensión servicio de garantía.

La valoración de la dimensión servicio de garantía fue alta para más del 53% de los encuestados en la fase I y del 56% en la fase II en lo referente al tiempo de espera desde que el paciente es citado hasta que es atendido que fue el ítem peor valorado en las dos fases. No obstante, hubo diferencias entre las dos fases, con mayor porcentaje de puntuaciones bajas en la fase I. Esto podría explicarse por la pérdida de importancia de este inconveniente con la distancia en el tiempo de los entrevistados en la fase II.

El resto de los apartados de la dimensión fueron mejor valorados y de forma similar en ambas fases. Esto ocurre con la información sobre el tratamiento al alta (pregunta 13) que recibió más del 80% de valoraciones altas. Según el estudio realizado en hospitales españoles por Mira y colaboradores ²³⁰, en el que mide la calidad percibida por los pacientes de servicios quirúrgicos tanto en cirugía con ingreso como en CMA y su relación con la satisfacción que manifiestan, la información y las indicaciones al alta constituyen unos de los principales determinantes de la satisfacción en los pacientes de CMA.

La satisfacción con el tiempo dedicado por el médico (pregunta 22: valoraciones altas en más del 75%) y la confianza en el personal de enfermería y médico (preguntas 18 y 19 con valoraciones altas en más del 84%) fueron también altas. Tanto en estudios de pacientes atendidos por patologías médicas como en sometidos a procedimientos quirúrgicos se ha detectado que la comunicación con el médico y la confianza en él pueden ser importantes mediadores en la consecución de resultados ^{231,232}.

El control del dolor al alta (pregunta 23: más del 75% de valoraciones altas) constituye otro de los aspectos que los pacientes correlacionan más intensamente con la satisfacción con la atención y aún influye en mayor medida la puesta en marcha de medidas para controlarlo ^{229,233}. La satisfacción con la intervención (pregunta 24) fue alta en más del 82% de los participantes.

6.5.5. Percepción de seguridad.

La valoración de las preguntas sobre percepción de seguridad fue alta para en el 78% de los encuestados en la fase I y del 79% de los encuestados en la fase II.

Las preguntas 15 sobre sensación de seguridad con el equipamiento técnico y al irse de alta fueron peor valoradas que las preguntas 14, sobre seguridad con la atención en el

hospital, y la 17 con la seguridad de disponer de un teléfono a disposición las 24 horas que fue la mejor valorada (más del 85% de puntuaciones altas).

Estos niveles de percepción de seguridad altos se corresponden con los observados en un estudio realizado en Texas (EEUU) en pacientes quirúrgicos a los que se les solicita su percepción de seguridad durante el ingreso, aunque con preguntas más concretas ¹⁵⁷. Sin embargo, en una encuesta realizada a ciudadanos no enfermos en Australia, un 25% de los entrevistados manifiestan que en caso de ingresar se sienten inseguros o muy inseguros ¹⁵⁰.

6.6. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA.

La satisfacción global con la asistencia, cuya valoración se solicitó mediante la pregunta número 26 (“¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?”) fue alta (con valoración de 8 ó mayor) para un 87% de los encuestados en la fase I y para un 86% en la fase II. Estos porcentajes de pacientes con alta satisfacción se asemejan a los obtenidos en estudios con pacientes intervenidos tanto en régimen de hospitalización como en pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria ^{230,234}. En general, un nivel alto de valoración es un hallazgo común de los cuestionarios de satisfacción en pacientes quirúrgicos ^{235,236}.

Por otro lado, a pesar de que las encuestas fueron realizadas en dos momentos diferentes tras la cirugía, la valoración de la satisfacción no varió en líneas generales. Esto difiere con los resultados del estudio realizado por Lemos y colaboradores ²²⁶ quienes desarrollaron un diseño similar de dos encuestas realizadas el día de la intervención y a los 30 días del alta, aunque ambas a los mismos pacientes y por los mismos entrevistadores siendo la primera una entrevista personal y la segunda telefónica. Ellos encuentran un descenso en el porcentaje de pacientes totalmente satisfechos de un 75% en la primera entrevista a un 62% en la segunda y lo atribuyen, por un lado, a un posible “miedo a sufrir represalias” de los entrevistados al alta y, por otro lado, al posible efecto de las complicaciones y del no cumplimiento de las expectativas de resultados cuando son encuestados al mes de la cirugía.

6.7. FIDELIDAD CON EL SERVICIO.

Para completar la información sobre percepción de calidad de los pacientes intervenidos la dimensión fidelidad con el servicio se valoró mediante tres preguntas cerradas con respuestas categóricas.

Según las respuestas a la pregunta “El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?” (pregunta número 27) la mayoría, y con un porcentaje similar en ambas fases, cree que el Hospital Duques del Infantado es igual a otros que conoce. Sin embargo, hubo mayor porcentaje de entrevistados en la fase I que consideraron que es mejor que otros hospitales (23% frente a 13%).

A la pregunta “¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?” (pregunta número 28) la gran mayoría contestó que sí, aún así se detectaron diferencias entre ambas fases, siendo mayor el porcentaje en la fase II (88% frente al 94%). A pesar de haber diferencias estos porcentajes superan ampliamente el resultado obtenido en 15 hospitales españoles según un estudio realizado en varios países europeos y en EEUU en los años 2009-2010²³⁷ que fue del 55%. Este valor fue el segundo más bajo de los países europeos y se asoció al menor porcentaje de pacientes con alta satisfacción con el hospital (puntuaciones de 9 ó mayor sobre 10) que fue del 35%, mientras que en nuestro hospital más del 85% de los casos manifestaron una satisfacción alta (de 8 ó mayor sobre 10). Por otro lado, la relación entre el porcentaje de pacientes con valoraciones altas en satisfacción con el hospital y el porcentaje de pacientes que lo recomendarían a un familiar o amigo, además de estar dentro de lo razonable, va en consonancia con el hallazgo de otros estudios^{237,238}.

Al ofrecimiento de elección entre otros hospitales públicos de la ciudad y el Hospital Duques del Infantado, el resultado entre ambas fases fue opuesto ya que en la fase I la mayoría elegiría este último frente a otros (65% frente al 35%) y en la fase II la mayoría elegiría otro (37% frente a 63%), principalmente el Hospital Virgen del Rocío. Concuerda con las respuestas a la pregunta 27, es decir, los pacientes de la fase I manifestaron mayor fidelidad que los de la fase II.

En definitiva los entrevistados demostraron fidelidad al servicio al considerar el hospital Duques del Infantado igual o mejor que otros de la ciudad y manifestar que lo recomendarían a personas allegadas. No hay una clara diferencia entre fases, luego el momento y el tipo de entrevista no parece tener impacto en la dimensión fidelidad con el servicio.

6.8. INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD, SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN Y FIDELIDAD CON EL SERVICIO.

6.8.1. Influencia de los factores sociodemográficos en la percepción de calidad y seguridad.

El factor sexo no tuvo influencia sobre el valor total de calidad y seguridad percibidas tanto en la fase I como en la II. Sólo en tres preguntas de la fase II se detectaron diferencias siendo mejor valoradas por las mujeres. Éstas estaban relacionadas con encontrar los lugares donde ir dentro del hospital (pregunta 4), el control del dolor al alta (pregunta 23) y la adecuada identificación del personal (pregunta 25). En general no se ha detectado clara diferencia de género en la valoración de la atención sanitaria ^{95,211,234}.

El factor edad no tuvo influencia sobre el valor total de calidad y seguridad percibidas en la fase I pero sí en la fase II en la que los mayores de 60 años puntuaron con valores más altos. En el análisis de las preguntas en la fase I se detectaron diferencias en las preguntas 14, 15, 16 y 22. Se trata de tres preguntas de la dimensión seguridad y una sobre la satisfacción con el tiempo dedicado por el médico (pregunta 22), en las que los mayores de 60 años valoraron con mayor puntuación. En la fase II se detectaron diferencias en las preguntas números 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11 y 23, y a la dimensión servicio accesible, servicio confortable y servicio de garantía que fueron valoradas con mayor puntuación por los mayores de 60 años. Este hallazgo de una mejor valoración por pacientes de mayor edad se ha observado en múltiples estudios que miden la calidad de diferentes aspectos de la atención sanitaria y la satisfacción con ésta ^{95,211,222,224,239}. Aunque también se ha observado una mejor valoración por los pacientes de mayor edad en el ámbito de pacientes quirúrgicos ^{226,240}, no todos coinciden con este hallazgo ^{230,234}.

El factor estado civil no tuvo influencias sobre el valor total, ni en cada una de las dimensiones, de calidad y seguridad percibidas. Sólo se detectaron diferencias en las respuestas a la pregunta número 4 (encontrar los lugares dentro del hospital) en la fase II en la que los pacientes con estado civil soltero/a valoraron en menor proporción de puntuaciones altas que viudos y casados. Este resultado probablemente esté más en relación con la edad que con el estado civil en sí ya que los pacientes solteros tienen una media de edad menor que la de casados y viudos pudiendo ser el factor edad el que esté influyendo en las respuestas.

El factor nivel de estudios tuvo influencias sobre el valor total de calidad y seguridad percibidas en ambas fases, de tal forma que en la fase I los encuestados con estudios primarios valoraron con mayor puntuación y en la fase II los universitarios valoraron con peor

puntuación. Haciendo un análisis individual en la fase I se detectaron diferencias en las respuestas a las preguntas número 1 y 2 que valoran el acceso y la comunicación del hospital; la número 11, que valora el tiempo dedicado por el médico a resolver dudas; las número 14, 15 y 16, respecto a la percepción de seguridad; la número 22 sobre el tiempo dedicado por el médico a la atención del paciente; la número 24 sobre la satisfacción con la intervención; y la 25 respecto a la identificación del personal del hospital. También se detectaron diferencias al valorar las dimensiones servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad, siendo todas ellas mejor valoradas por los pacientes con estudios primarios. En la fase II se detectaron diferencias en las preguntas 4, 5 y 9 sobre la facilidad para encontrar los lugares donde ha tenido que ir el paciente, la limpieza de las instalaciones y el confort de la sala de recuperación; las preguntas 7 y 10 sobre el tiempo de espera en recepción y hasta la intervención; y las preguntas números 13 y 17 sobre la información sobre el tratamiento al alta y la percepción de seguridad por tener un teléfono a disposición las 24 horas del día. También en las dimensiones servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado y servicio de garantía, en las que los pacientes con estudios universitarios valoraron con menor puntuación y con mayor puntuación los de primaria y sin estudios. Esta diferencia de valoración, con menor puntuación por parte de pacientes con mayor nivel de estudios en prácticamente todas las dimensiones de la percepción de calidad y seguridad, coincide con lo observado en estudios realizados en diferentes niveles de la asistencia sanitaria como en hospital de agudos ²³⁹, en la asistencia ambulatoria ²²⁴, en unidades quirúrgicas ²³⁰, en cirugía mayor ambulatoria ²²⁶, en servicios de urgencias ²²², etc. Lo que muestra que un mayor nivel de educación se correlaciona con un mayor nivel de exigencia en calidad y seguridad en la atención sanitaria.

El factor situación laboral no tuvo influencias sobre el valor total de calidad y seguridad percibidas en ninguna de las dos fases. Haciendo un análisis individual, en la fase I no se detectó diferencias en ninguna de las preguntas. En la fase II se detectaron diferencias en las preguntas 4, 11 y 13 y la dimensión garantía, en las que las/os amas/os de casa y los jubilados puntuaron con valores más altos frente a los estudiantes. En este caso también es probable que la intervenga la influencia del nivel educativo o de la edad, ya que los pacientes amas/os de casa y jubilados en su mayor proporción tienen estudios primarios (que como hemos visto valoran con puntuaciones más altas) y también se encuentran en más proporción en la categoría de mayor edad (que también valoran con puntuaciones más altas que el resto).

6.8.2. Influencia de los factores sociodemográficos en la satisfacción con la atención recibida.

En la fase I no se detectó relación entre el sexo, la edad, el estado civil y la situación laboral con la satisfacción con la atención recibida, mientras que sí se encontró esta relación con el nivel de estudios al ser mayor la satisfacción en los pacientes con estudios primarios. En la fase II no se detectó relación de la satisfacción con ninguno de los factores sociodemográficos. Respecto al sexo, cuando se controlan otros factores, no suelen detectarse diferencias en la satisfacción manifestada por los encuestados tanto en pacientes quirúrgicos²³⁴, intervenidos en régimen de CMA²²⁶ o atendidos de forma ambulatoria²²⁴.

6.8.3. Influencia de los factores sociodemográficos en la fidelidad con el servicio.

La fidelidad con el servicio en el grupo entrevistado en la fase I no se vio afectada ni por la edad, el estado civil, el nivel de estudios ni la situación laboral, pero sí por el sexo. El porcentaje de encuestados que consideran que el hospital Duques del Infantado es peor a otros del entorno es mayor entre los hombres que entre las mujeres. De igual forma hay mayor proporción de hombres que no recomendarían el hospital que de mujeres. Sin embargo, en la fase II no detectaron diferencias entre las valoraciones a las preguntas de fidelidad con el servicio entre ambos sexos, los tres grupos de edad, las categorías de estado civil, el nivel de estudio ni la situación laboral.

Por tanto, las mujeres muestran más fidelidad con el servicio que los hombres.

6.8.4. Relación y dependencia de las la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción.

En el presente estudio se ha pretendido analizar la satisfacción con la atención como un concepto global y diferente al de percepción de calidad. Además de reconocer esta diferencia hemos asumido la existencia de una relación entre ambos conceptos en el sentido de que la percepción de calidad sería un antecedente de la satisfacción como postulan diferentes autores tanto en el ámbito sanitario como en el de servicios en general^{27,29,31,104}. Por ello, nos hemos propuesto conocer los aspectos de la percepción de calidad que más se relacionan con la satisfacción mediante análisis de la correlación y de regresión lineal multivariante entre ambas.

Analizando la relación entre las valoraciones sobre calidad y seguridad que hicieron los entrevistados y la satisfacción global que manifestaron encontramos que las dimensiones que presentaron una correlación fuerte (coeficiente Rho de Spearman $> 0,7$ ²⁴¹) con el nivel de satisfacción fueron servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad. Además estas dimensiones demostraron formar parte de un modelo de regresión lineal con la satisfacción en el que más del 75% (78% en la fase I y 83% en la fase II) de la variabilidad en la satisfacción estaría explicada por las valoraciones de estas dimensiones.

De forma detallada la pregunta número 14 (“¿Cómo se siente de seguro con la atención recibida en el hospital?”) fue una de las que presentó una correlación más fuerte con la satisfacción en ambas fases del estudio demostrando además ser una de las variables con más peso en la ecuación de regresión lineal obtenida en el análisis multivariante. La pregunta número 20 (“¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?”) también presentó una correlación fuerte y una de las de más peso en el análisis de regresión lineal con la satisfacción en ambas fases del estudio. Lo mismo ocurre en las dos fases con la pregunta número 24 (“¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?”).

Existe evidencia consistente para afirmar que el factor que más afecta a la satisfacción con la atención sanitaria es la relación entre el paciente y el personal sanitario ^{95,211,234,242,243}. Por otro lado, se ha postulado que la mejora de la comunicación entre el paciente y personal conlleva un avance en percepción de seguridad por parte del primero ^{151,161,243}. Por tanto, los resultados de nuestro estudio van en la línea de que la satisfacción se ve afectada por la relación entre el paciente y el personal sanitario y por la percepción de seguridad que tiene y a su vez esta última sufre la influencia de la relación entre usuario y proveedor de salud.

6.9. ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

En la fase III del estudio se procedió al examen de las historias clínicas de los pacientes participantes en la encuesta telefónica de la fase II para cuantificar los eventos adversos e incidentes relacionados con la atención recibida que estuviesen registrados en ellas. También se extrajeron de las historias clínicas los factores de riesgo y antecedentes médicos que se consideraron relevantes así como el tipo de cirugía al que fueron sometidos. Por último se estudió la relación de los datos extraídos con la percepción de calidad y seguridad y la satisfacción con la atención recibida.

6.9.1. Patologías intervenidas.

Los pacientes participantes en la encuesta telefónica en la fase II fueron intervenidos de patologías pertenecientes a las especialidades de Cirugía General y Aparato Digestivo con un total de 140 lo que supone un 47% del total y el grupo de mayor tamaño; de Cirugía Ortopédica y Traumatología con 123 pacientes que supone un 41% del total; y de Otorrinolaringología con 36 pacientes que suponen el 12%. Se trataban de intervenciones realizadas bajo anestesia general, anestesia locorregional o anestesia local con sedación.

Aunque en la unidad de CMA del Hospital Duques del Infantado se intervienen pacientes de Oftalmología éstos fueron excluidos del estudio porque no acceden en la practica habitual a la sala de readaptación al medio, que fue el lugar previsto para la entrega del cuestionario, la explicación de su utilidad y de las instrucciones para su realización por parte del personal de enfermería y donde se invitaba a pacientes y familiares a cumplimentarlo.

Las intervenciones más frecuentes de la especialidad CGAD fueron las reparaciones de hernias de la pared abdominal, con más de la mitad de los casos, 71 pacientes (23,7% del total de intervenciones), siendo de ellas la más frecuente la reparación de hernia inguinal con 50 casos (16,7% del total de intervenciones). Le sigue en frecuencias la exéresis de lesiones de piel y anejos con 60 casos (suponiendo el 29,9% del total), la patología perianal con 5 casos (1,7% del total) y la colecistectomía laparoscópica con dos intervenciones (0,7% del total).

Las intervenciones más frecuentes de la especialidad COT fueron las de patología del pie con un total de 59 intervenciones de las cuales la más frecuente fue el tratamiento del hallux valgus (14,7% del total de intervenciones), seguidas de las intervenciones de patología de la mano con 34 casos (11,3% del total) y de la cirugía de rodilla consistente en artroscopia y tratamiento de patología de menisco con 30 casos (10% del total).

Las intervenciones más frecuentes de ORL fueron las de patología de las fosas nasales con 21 cirugías (7% del total de intervenciones); seguidas de las intervenciones de laringe, faringe y cavidad oral con 12 cirugías (4% del total) y las menos frecuentes fueron las de oído con 3 casos (1% del total).

6.9.2. Antecedentes personales.

Se examinaron las historias clínicas con el objeto de cuantificar los antecedentes personales de los pacientes que intervinieron en la segunda fase del estudio, es decir, los sometidos a encuesta telefónica. De las 299 historias clínicas valoradas sólo en 82 (27,4%) no había registrado ningún antecedente personal mientras que en las restantes 217 (72,6%) se detectó al menos un antecedente. De entre los antecedentes personales se decidió estudiar los factores de riesgo cardiovascular y los antecedentes médicos más frecuentes. Los factores de riesgo analizados fueron el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipemia. Los antecedentes médicos fueron la patología cardíaca, la patología respiratoria, la patología renal, la patología digestiva y la patología hepática. De las 217 historias clínicas con antecedentes personales en 194 (64,8%) se detectó al menos un factor de riesgo cardiovascular y/o antecedente médico relevante. En 175 de los 217 se detectaron otros factores de riesgo diferentes a los anteriores de forma simultánea a éstos o de forma aislada.

El tabaquismo se detectó en un 28,4% siendo una cifra ligeramente menor a la prevalencia de la comunidad autónoma andaluza que era del 30,5% en 2011-2012 según la Encuesta Nacional de Salud ²⁴⁴. La obesidad se constató en un 26% de los casos válidos y el sobrepeso se dio en un 40,5% según los criterios de la OMS ²⁰², lo que supone una cifra inferior a la recogida en el estudio DARIOS que estima una prevalencia estandarizada del 29%. El factor de riesgo hipertensión arterial estaba presente en un 23,1% de los pacientes estudiados lo que supone una cifra bastante inferior a la publicada en el estudio DARIOS (prevalencia estandarizada del 43% en la población entre 35 y 74 años) ²⁴⁵. La diabetes mellitus se registró como antecedente en un 7,7% de las historias clínicas estudiadas lo que supone casi la mitad de la cifra publicada en el estudio DARIOS en el que la prevalencia estandarizada en la población española de 35-74 años fue del 13% ²⁴⁵. La dislipemia estaba recogida en un 16,3% de las historias clínicas que contrasta con las publicadas en el estudio comentado que fue del 41% ²⁴⁵.

Probablemente estas diferencias se deban a los criterios que se siguen en la selección de pacientes para ser intervenidos en régimen CMA, como se ha señalado previamente, que condicionaría la menor prevalencia de factores de riesgo. Por otro lado, los datos del estudio epidemiológico son el resultado de las respuestas a cuestionarios junto con datos obtenidos de determinaciones sanguíneas, de tensión arterial, de peso y de talla, por lo que sus resultados pueden ser mayores a los reportados por los pacientes como antecedentes.

Respecto a las patologías médicas más relevantes se detectó un porcentaje de patología cardíaca del 7%, que coincide con lo reflejado en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 para Andalucía (6,9%) ²⁴⁶. Encontramos un 8% de pacientes con patología respiratoria, también en consonancia con lo expuesto para nuestra comunidad en la publicación de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (8,8%) ²⁴⁶. Un 6,7% de los encuestados presentaban patología digestiva que incluía patología esofagogástrica como la hernia de hiato (6,0%), patología ulcerosa gastroduodenal con un 1% (frente al 3,01% publicado en la encuesta nacional de salud ²⁴⁶), patología colónica (colon irritable un 1,3% y poliposis un 0,7%) y patología pancreática (2%). Un 4% de la muestra sufría alguna patología hepática, que excede la cifra expuesta en la publicación comentada que fue de 0,7% para Andalucía ²⁴⁶. Finalmente en un 4,3% de los pacientes se detectó patología renal como antecedente médico, que es una cifra menor a la estimada para la población española en el estudio EPIRE de 6,8% ²⁴⁷.

El hallazgo de una prevalencia de patología hepática en la muestra significativamente superior a la detectada en estudios epidemiológicos sobre la población andaluza lo creemos debido a que se ha considerado como patología hepática la positividad para anticuerpos de los virus de la hepatitis B y C. Mientras que la menor prevalencia de patología renal de la muestra la justificamos por la selección de pacientes como tributarios de tratamiento en régimen de CMA. Por ello el ajuste de estas cifras de prevalencia de patologías médicas relevantes en los individuos de la muestra, con las publicadas en los estudios epidemiológicos sobre nuestra población, nos habla en favor de la adecuación de la misma para los objetivos de nuestro estudio.

6.9.3. Eventos adversos, incidentes y otros indicadores de seguridad.

Con el objeto de conocer la prevalencia de eventos adversos e incidentes en los pacientes intervenidos en nuestra unidad y su posible relación con la percepción de calidad y seguridad y con la satisfacción manifestadas por los pacientes se examinaron las historias clínicas de los pacientes sometidos a la entrevista telefónica de la fase II. Los criterios que se siguieron para su identificación y consignación como evento adverso fueron los recogidos en los estudios ENEAS 2005 y APEAS 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo ^{129,130}. Como incidente consideramos lo que la OMS nombra como “casi error” o *near miss incident* y que define como “acción u omisión que podría haber dañado al paciente pero que no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma” ¹⁶⁶.

Un 14% de los participantes presentó al menos un evento adverso. Es importante aclarar que esta cifra corresponde al número de historias, y por tanto de pacientes, que sufrieron algún evento adverso, que no coincide con la suma total de éstos ya que en un mismo paciente puede darse más de uno. Así por ejemplo un paciente puede sufrir un sangrado por la herida, por el que precise acudir a urgencias y requerir tratamiento quirúrgico.

Los eventos adversos más frecuentes fueron: dolor, infección de sitio quirúrgico, sangrado por herida quirúrgica y reintervención.

En un estudio realizado en hospitales de Finlandia mediante cuestionarios administrados a 2.754 pacientes intervenidos por varias especialidades quirúrgicas detectan un 9% de contactos no planeados después del alta tras cirugía mayor ambulatoria (atención telefónica, atención primaria o atención hospitalaria urgente), siendo los más frecuentes dolor, sangrado, infección e inflamación o hematoma ²⁴⁸. En el estudio publicado en 2015 sobre satisfacción y calidad de vida en pacientes intervenidos de hernias primarias de pared abdominal en un hospital español hacen referencia a un 13,8% de complicaciones en los pacientes estudiados (aunque no se especifica claramente, la enumeración de éstas parece corresponderse con lo que en nuestro estudio hemos catalogado de eventos adversos, aún así se trata sólo de una especialidad y de determinados procedimientos quirúrgicos) ²⁴⁹. Otro estudio publicado en 2008 sobre eventos adversos en cirugía mayor ambulatoria del servicio de cirugía general y del aparato digestivo de otro hospital español detecta un 3% de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (el mismo autor reconoce la posibilidad de una subestimación de la incidencia de efectos adversos debido a una deficiente información aportada en las historias clínicas, igualmente se ciñe a una sola especialidad quirúrgica) ²⁵⁰.

En nuestro estudio se obtiene información de las historias clínicas de los pacientes y se recoge la presencia de eventos adversos, tanto si han precisado contacto no planeado como si se han detectado y registrado en la visita postoperatoria reglada, lo cual podría justificar el mayor porcentaje de los mismos con respecto a otros estudios.

6.9.3.1. Dolor como evento adverso.

El 8% de las historias clínicas (24 pacientes) registraron la incidencia de dolor postoperatorio que requiere atención telefónica (teléfono de atención de 24 horas de la UCMA), valoración en atención primaria u hospitalaria urgentes.

El dolor es uno de los síntomas más comúnmente manifestados por los pacientes en la primera semana tras la cirugía en régimen de CMA ²⁴⁸, pudiendo llegar a un 45% y siendo

moderado o severo en un 25-35% ²⁵¹. Además el dolor postoperatorio es una de las causas más frecuentes de retrasos en el alta, de ingresos no previstos, de solicitud de valoración por el médico de familia y de readmisión tras intervención en cirugía mayor ambulatoria ²⁵².

En un estudio realizado en 5.073 en hospitales de Canadá el 30% de los pacientes refieren haber presentado dolor de una intensidad moderada o severa en las primeras 24 horas tras la cirugía, aunque son bastante menos los que consultan (10%) ²⁵².

En nuestro estudio sólo se recogen los casos de pacientes que consultan por dolor y aunque fueron un total de 24, sólo uno de ellos precisó acudir al hospital y el resto fue tratado de forma totalmente ambulatoria (vía telefónica o en atención primaria).

6.9.3.2. Infección de sitio quirúrgico como evento adverso.

Cuatro pacientes (1,3%) presentaron infección de la herida quirúrgica (infección de sitio quirúrgico superficial) precisando uno de ellos tratamiento quirúrgico de urgencias.

A pesar de que la cirugía ambulatoria representa una importante proporción de la atención sanitaria quirúrgica, existe una escasez de información respecto a eventos adversos, incluida la infección del sitio quirúrgico ²⁵³. Ésta constituye una de las infecciones más comúnmente asociada a la asistencia sanitaria, suponiendo más de 20% las mismas y complicando un 2% de los procedimientos quirúrgicos ²⁵⁴.

En un estudio realizado en ocho estados de los EEUU en pacientes sometidos a procedimientos en régimen de CMA de las especialidades de cirugía general, cirugía ortopédica, neurocirugía, ginecología y urología se detectó una proporción de 0,48% de infecciones de sitio quirúrgico en los treinta días postoperatorios. Sin embargo, sólo recogen los casos que precisaron ingreso o atención en la propia unidad de CMA por lo que no se contabilizan los que recibieron atención en los servicios de urgencias o en centros de atención primaria ²⁵³. En Europa encontramos cifras que oscilan entre el 1,1% de infecciones de heridas quirúrgicas en 22.321 pacientes intervenidos en régimen de CMA durante 12 años en un hospital español y el 3,5% en pacientes intervenidos en un hospital noruego ^{255,256}.

De los cuatro casos de nuestro estudio uno precisó tratamiento quirúrgico en el quirófano de urgencias sin necesidad de ingreso, lo que supuso un daño moderado para el paciente, mientras que el resto sólo precisó tratamiento médico produciendo un daño leve en los usuarios. Estos hallazgos confirman la baja incidencia de infecciones clínicamente importantes de las intervenciones en régimen de CMA ²⁵³.

6.9.3.3. Sangrado postoperatorio como evento adverso.

Seis pacientes (2,1%) presentaron sangrado postoperatorio que precisó valoración y tratamiento en el servicio de urgencias del hospital. En el estudio de Mattila y colaboradores²⁴⁸, que obtienen información a través de un cuestionario autoadministrado a 2.732 pacientes intervenidos en régimen de CMA en un hospital finlandés se detecta un porcentaje del 1,7% de pacientes que precisaron atención por sangrado postoperatorio aunque sólo acudió al servicio de urgencias el 0,33% (el resto fue atendido en la consulta de la unidad). Calvo y colaboradores²⁵⁵ en un hospital español observan un 0,4% de sangrado postoperatorio en los registros de pacientes intervenidos en la unidad de CMA desde el inicio de su actividad.

De los pacientes que presentaron sangrado postoperatorio, tres fueron intervenidos por la especialidad ORL de los cuales dos presentaron epíxtasis tras cirugía de fosas nasales y el tercero hemorragia secundaria tras amigdalectomía (a los 10 días). Los tres casos se resolvieron con tratamiento médico y observación constituyendo eventos adversos con relación causal definitiva que resultan en daño moderado. Otros dos casos fueron sangrados de lecho de resección de quiste pilonidal, uno de los cuales precisó tratamiento en quirófano de urgencias (eventos adversos con relación casual definitiva que resultan en daño leve y moderado respectivamente). Finalmente el sexto caso consistió en sangrado por herida quirúrgica de cirugía de hallux valgus que se autolimitó y que resultó en daño leve para el paciente.

El sangrado tras amigdalectomía constituye la complicación más frecuente y más importante de esta cirugía, puede ocurrir en las primeras 24 horas (primaria) o días después (secundaria). Un 45% de las secundarias tienen lugar más tarde del octavo día postoperatorio²⁵⁷, por lo que su realización en régimen de CMA no implica deficiencia en seguridad²⁵⁸.

6.9.3.4. Reintervención quirúrgica como evento adverso.

Dos pacientes (0,7%) precisaron reintervención quirúrgica consistente en drenaje y desbridamiento de herida quirúrgica infectada en un caso y hemostasia en quirófano otro caso (relación causal definitiva y daño moderado). Este porcentaje es mayor al detectado en el estudio realizado en 17.638 pacientes intervenidos en régimen de CMA en un centro de Toronto que fue del 0,09% de pacientes que precisaron intervención quirúrgica aunque se trata de diferentes especialidades y procedimientos (Oftalmología, Ginecología y Urología)²⁵⁹. Un porcentaje mayor (0,24%) se detecta en el estudio realizado en dos hospitales de

Dinamarca con un volumen de 16.048 pacientes, siendo las intervenciones más frecuente el drenaje de heridas infectadas, la hemostasia y la evacuación de hematomas ²⁶⁰.

6.9.3.5. Otros eventos adversos.

Tres pacientes (1%) presentaron complicaciones relacionadas con el procedimiento anestésico consistentes en cefalea postural por anestesia raquídea, cefalea tras anestesia general (relación causal probable y daño leve) y retención urinaria tras anestesia raquídea (relación probable y daño moderado). A pesar de que este último caso supuso un daño moderado en el paciente el resultado va en consonancia con el hallazgo general de la rara asociación de complicaciones graves y mortalidad a la anestesia en cirugía mayor ambulatoria ²⁶¹.

Otros eventos adversos que se detectaron en 11 historias clínicas estaban relacionados con complicaciones de la zona intervenida (parestesia, edema, hematoma y seroma) y que resultaron en daño leve para el paciente. Además dos eventos adversos con resultado de daño moderado, una lesión vasculítica dérmica y un brotes de colitis ulcerosa tras sendas intervenciones quirúrgicas que estaban probablemente relacionados o favorecidos por la patología de base de los pacientes que los padecieron. En cualquier situación clínica la condición médica del paciente puede tener la influencia más directa en la atención que recibe y en sus resultados ²⁶².

6.9.3.6. Incidentes (“casi error”).

En el examen de las historias clínicas se incluyó la búsqueda de incidentes relacionados con la atención prestada. Los que se detectaron estaban relacionados con la documentación clínica y consistieron en error o u omisión de la consignación de la zona intervenida, en concreto en la laterilidad.

Se encontraron en 39 historias clínicas, lo que constituye el 13% de ellas, aunque en algunos pacientes se dio más de un incidente.

El error o ausencia de registro de la lateralidad de la zona intervenida se encontró en 6 hojas quirúrgicas (2% de las 299), también hubo ausencia o error en la lateralidad en 25 hojas de registro anestésico (8,4% de las historias) y en 15 informes de alta (5% de las historias).

Si bien estos errores no habían repercutido en los pacientes afectados en el momento del estudio sí podrían hacerlo en el futuro ya que, al introducir confusión en la documentación

clínica pueden dar lugar a nuevos errores que en última instancia podrían concluir en daño para el paciente. Por tanto, consideramos que deben ser objeto de análisis y de propuestas de mejoras como podrían ser la utilización de documentos estandarizados para mitigar el error o el olvido, o la generalización de la utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica como recomienda el Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ²⁶³.

6.9.3.7. Otros indicadores de seguridad.

Se estudió la presencia de otros indicadores de seguridad como los ingresos no previstos, la visita al servicio de urgencias del hospital, la necesidad de ingreso hospitalario tras el alta o la ocurrencia de muerte de los pacientes estudiados.

En la muestra de pacientes analizada en la fase III de nuestro estudio no se produjo ningún caso de ingreso imprevisto tras el procedimiento quirúrgico. Los ingresos imprevistos tras la cirugía se han sugerido como indicadores de seguridad en la valoración de resultados de la CMA y su frecuencia se ha observado entre el 0,9% y el 9,4% de los procesos ²⁶⁴.

Un 5% de los pacientes (15 pacientes) acudió a urgencias del hospital. Lemos y colaboradores ²²⁶ en su estudio sobre procedimientos de cirugía mayor ambulatoria realizados por varias especialidades quirúrgicas en un hospital portugués expone una cifra de un 16,7% de pacientes que precisaron atención tras el alta como consecuencia de complicaciones pero también por falta o dudas en la información recibida. En un estudio realizado en pacientes intervenidos en régimen de CMA por distintas especialidades quirúrgicas en Toronto (Canadá) se detectó un porcentaje de 1,1% de pacientes requirieron acudir a urgencias o al centro donde fueron intervenidos durante los 30 días postoperatorios, teniendo que ser ingresados un 0,05% ²⁵⁹. Similares resultados se obtienen en un estudio realizado en ocho hospitales de Dinamarca con un porcentaje del 1,2% de retornos al hospital como consecuencia de complicaciones durante los primeros 30 días del postoperatorio ²⁶⁵. En 6659 pacientes intervenidos en régimen de CMA en catorce hospitales de Finlandia se detectó un 3,7% de retornos al hospital en los siguientes 28 días a la intervención, siendo las principales causas la presencia de dolor o infección, así como un 0,7% de ingresos durante los siguientes 28 días tras la intervención, siendo las principales causas la infección y el sangrado postoperatorios ²⁶⁶.

De los pacientes que acudieron a urgencias tres (0,9% del total) precisaron ingreso hospitalario con duración de 24 horas, 6 días y 13 días. Los tres se debieron a de eventos

adversos que provocaron en los pacientes un daño moderado ya que se resolvieron con tratamiento médico y observación. De ellos uno tenía una relación causal definitiva con el procedimiento quirúrgico al tratarse de una hemorragia tras amigdalectomía que provocó en el paciente un daño moderado, aunque sin necesidad de otra medida más que la observación. Otro de los casos que precisó ingreso hospitalario fue consecuencia de la aparición de necrosis distal en dedo sometido a intervención de cirugía ortopédica en cuya aparición intervino la enfermedad de base del paciente, una vasculitis. Igualmente el tercer caso de evento adverso con daño moderado que precisa ingreso estuvo mediatizado con gran probabilidad, por la patología de base del paciente, al sufrir un brote de colitis ulcerosa tras el inicio de antibioterapia por infección de herida de cirugía ortopédica. Se han propuesto los reingresos como un índice de calidad de la CMA habiéndose publicado tasas a los 30 días que oscilan entre el 0,15% y el 1,5% ^{197,260}.

No se produjo ninguna muerte ni ningún otro evento adverso grave durante el periodo de estudio (30 días postoperatorios). Lo cual se corresponde con los resultados de varios estudios que detectan bajas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la cirugía mayor ambulatoria, concluyendo que ésta constituye un procedimiento seguro ^{257,259,260,265}.

6.10. INFLUENCIA DE LA PATOLOGÍA INTERVENIDA EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y FIDELIDAD CON EL HOSPITAL.

6.10.1. Influencia de la patología intervenida en la percepción de calidad y seguridad.

La percepción de calidad y seguridad fue diferente según la especialidad quirúrgica por la que fueron intervenidos los pacientes entrevistados sólo en tres items del primer bloque del cuestionario. Las comodidades de las instalaciones y el edificio así como la facilidad para encontrar los lugares donde tuvieron que ir, fueron peor valoradas por los pacientes intervenidos por ORL frente a los intervenidos por COT. Igualmente la adecuación del tiempo de espera desde que los pacientes son citados hasta que finalmente son intervenidos también ha sido peor considerada por los pacientes sometidos a intervenciones de ORL frente a los de COT.

6.10.2. Influencia de la patología intervenida en la satisfacción con la atención recibida.

La especialidad quirúrgica por la que fueron intervenidos los pacientes que realizaron el cuestionario no demostró ejercer influencia sobre su satisfacción con la atención recibida.

6.10.3. Influencia de la patología intervenida en fidelidad con el hospital.

La especialidad quirúrgica por la que fueron intervenidos los pacientes que realizaron el cuestionario no demostró ejercer influencia sobre su fidelidad con el hospital.

6.11. RELACIÓN ENTRE LA PATOLOGÍA INTERVENIDA Y LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES Y OTROS INDICADORES DE SEGURIDAD.

La presencia de eventos adversos se vio afectada por la especialidad quirúrgica a la que fueron sometidos los pacientes estudiados. El 57,1% de los pacientes que sufrieron eventos adversos fueron intervenidos por patologías pertenecientes a COT, el 28,6% de patología de CGAD y el 14,3% de ORL. Estos porcentajes no se corresponden con los de las intervenciones realizadas, ya que el mayor número de intervenciones fueron de CGAD y, sin embargo, el mayor número de eventos adversos tuvo lugar en los pacientes intervenidos de COT, como se ve en la Tabla 52. Lo que se corrobora además con el hallazgo de que el 19,5% de los pacientes intervenidos de COT presentaron eventos adversos, frente al 16,6% de los paciente de ORL y el 8,6% de los pacientes intervenidos de CGAD.

La presencia del evento adverso dolor también fue diferente según la especialidad, así la gran mayoría de los pacientes que presentaron este evento adverso fueron intervenido de COT, un porcentaje bastante inferior de CGAD y ninguno de OR (ver Tabla 52). Pero además el 17% de los pacientes de COT presentaron el evento adverso frente al 2,1% de los pacientes de CGAD y a ningún paciente de ORL.

El resto de eventos adversos e incidentes se presentaron con frecuencias similares en las tres especialidades quirúrgicas.

Por tanto, los pacientes intervenidos de COT sufren más eventos adversos y entre ellos más dolor. Estos hallazgos difieren de los detectados en un extenso estudio sobre eventos adversos realizado en 1995 en Australia ¹¹⁹ en el que las proporciones de eventos adversos en las intervenciones de COT y CGAD fueron mayores (12,4% y 13,8% respectivamente) que las de ORL (2,6%). De igual manera las intervenciones de en régimen de CMA de las

especialidades COT y CGAD son las que presentan mayor incidencia de dolor postoperatorio²⁵².

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y EVENTOS ADVERSOS						
ESPECIALIDAD	FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE INTERVENCIONES		FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE EVENTOS ADVERSOS DEL TOTAL		FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE DOLOR DEL TOTAL	
Cirugía General y Aparato Digestivo	140	46,8%	12	28,6%	3	12,5%
Cirugía Ortopédica y Traumatología	123	41,1%	24	57,1%	21	87,5%
Otorrinolaringología	36	12,1%	6	14,3%	0	0%
TOTAL	299	100%	42	100%	24	100%

Tabla 52. Distribución de pacientes y de eventos adversos en cada especialidad quirúrgica.

No hubo relación entre la presencia de incidentes y de otros indicadores de seguridad con la especialidad quirúrgica por la que fueron intervenidos los pacientes.

6.12. INFLUENCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD, LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y FIDELIDAD CON EL HOSPITAL.

6.12.1. Influencia de los antecedentes personales en la percepción de calidad y seguridad.

Para conocer si las respuestas al primer bloque de preguntas del cuestionario eran independientes del estado de salud de los pacientes entrevistados se estudiaron los antecedentes personales extrayendo de las historias clínicas tanto los que consideramos más relevantes, como los factores de riesgo cardiovascular y las patologías médicas, así como otras patologías que estuviesen presente en el momento de la intervención. Se valoró la independencia de las respuestas entre los pacientes con o sin antecedentes personales, entre los pacientes con o sin factor de riesgo cardiovascular y/o patología médica relevante, entre pacientes con o sin factor de riesgo cardiovascular y en los pacientes con o sin patología médica relevante. Posteriormente se valoró la independencia de las respuestas en los pacientes

con o sin cada uno de los factores de riesgo vascular y cada una de las patologías médicas relevantes.

Se objetivó que la presencia de algún antecedente personal sólo tuvo influencia en las respuestas a la pregunta número 17 (“¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?”) con menor porcentaje de respuestas de baja puntuación en los pacientes con algún antecedente personal frente a los que no tenían ningún antecedente personal.

También se detectaron diferencias entre los pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular o patología médica relevante en las respuestas a la pregunta número 10 (“La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta”), que fue valorada con puntuaciones más altas por los pacientes con al menos uno de estos antecedentes, frente a los que no los tenían.

De forma pormenorizada, la presencia del antecedente tabaquismo tuvo influencias en las respuestas a la pregunta número 21 (“¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?”) que fue mejor valorada por los pacientes no fumadores frente a los fumadores. La presencia de obesidad condicionó las respuestas a la pregunta número 4 (“Encontrar los lugares donde ha tenido que ir en el hospital le ha resultado sencillo”) que fue mejor valorada por los pacientes obesos que por los no obesos. También fueron diferentes las respuestas a la pregunta número 4 en relación con la presencia de hipertensión arterial, de forma que fue mejor valorada por los hipertensos. Y la presencia de hipertensión por otro lado, modificó la valoración de la dimensión servicio accesible, que fue mejor valorada también por los pacientes hipertensos frente a los normotensos. La diabetes mellitus y la dislipemia no tuvieron influencia en la percepción de calidad y seguridad y en la satisfacción con la atención recibida.

El estudio de las patologías médicas más relevantes de forma individual detectó diferencias en las respuestas a varias preguntas del test así como a la valoración total de la percepción de calidad y seguridad y de algunas de sus dimensiones.

Las respuestas a las preguntas números 8 (“El ambiente en la sala de espera es agradable”) y 9 (“La sala de recuperación en planta es confortable”) variaron entre los pacientes con patología cardíaca y los que no, siendo ambas mejor valoradas por los pacientes con cardiopatía.

Los pacientes con antecedente de patología respiratoria valoraron de forma diferente los ítems números 12 (“El personal de enfermería ha estado atento a sus necesidades”) y 24

(“¿Cómo de satisfecho se va a casa tras la operación?”) que fueron mejor valoradas por los pacientes sin patología respiratoria frente a los que tenían patología.

La presencia de patología renal tuvo influencia e las respuestas a la pregunta número 19 (“¿Cuánto confía en el médico que le ha atendido?”) con mayor puntuación en los pacientes sin patología renal.

La presencia de patología digestiva tuvo influencias sobre las respuestas a la pregunta número 9 (“La sala de recuperación en planta es confortable”) que fue mejor valorada por los pacientes sin patología digestiva. Además la valoración de las dimensiones servicio confortable , servicio de garantía, servicio personalizado y seguridad percibida, así como la valoración total de calidad y seguridad se vieron afectadas por la presencia de patología digestiva siendo todas ellas mejor valoradas por los pacientes sin patología.

Por último, la presencia de patología hepática no fue independiente de la valoración de la pregunta número 20 (“¿Cómo valora el respeto con el que se le han tratado en el hospital?”) siendo mejor valorada por los pacientes sin patología.

Con excepción de la patología cardiaca, cuya presencia se relacionaba con una mejor valoración, la influencia de la presencia de patologías médicas relevantes en las respuestas a determinadas preguntas y en las valoración de determinadas dimensiones, fue negativa ya que los pacientes con ellas las valoraron con peores puntuaciones, estando esto en consonancia con lo detectado en otros estudios ^{211,267}.

6.12.2. influencia de antecedentes personales en la satisfacción con la atención recibida.

No se detectó influencia de la presencia de algún antecedente personal, algún factor de riesgo ni de alguna patología médica relevante sobre la satisfacción global con la atención recibida.

6.12.3. Influencia de los antecedentes personales en la fidelidad con el hospital.

La fidelidad con el hospital resultó ser independiente de la presencia de antecedentes personales en los pacientes entrevistados tanto de forma conjunta, como de forma individual, salvo para la patología hepática. La presencia de la misma se relacionó con un mayor porcentaje de pacientes que opinaron que el hospital Duques del Infantado era peor que otros centros de la ciudad, a pesar de lo cual a la pregunta de si lo escogerían frente a los otros, los

pacientes con patología hepática contestan que sí en mayor porcentaje que los que no la sufren.

6.13. RELACIÓN ENTRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES Y OTROS INDICADORES DE SEGURIDAD.

Nos propusimos conocer si la presencia de antecedentes personales podría favorecer o influir en la presentación de eventos adversos y detectamos una relación genérica y otras más específicas.

Los pacientes con algún antecedente personal presentaron mayor porcentaje de eventos adversos que los que no tenían ninguno. De forma específica, los pacientes con algún antecedente personal, con algún factor de riesgo cardiovascular y los que padecían patología digestiva presentaron dolor que precisó atención médica en mayor proporción que los que no tenían dichos antecedentes. La mayor ocurrencia de eventos adversos en pacientes con peor nivel de salud (con antecedentes personales) se corresponde con lo observado por otros investigadores ^{174,177}.

6.14. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y OTROS INDICADORES DE SEGURIDAD EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA Y FIDELIDAD CON EL HOSPITAL.

6.14.1. Influencia de la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad en la percepción de calidad y seguridad.

Al comparar las respuestas a las preguntas sobre percepción de calidad y seguridad de forma conjunta (sumando todas las valoraciones de cada entrevistado) y de forma agrupada en dimensiones no se detectaron diferencias entre los pacientes que presentaron eventos adversos y los que no.

Sí se detectaron diferencias cuando se analizaron las preguntas del cuestionario de forma individual. Los pacientes que presentaron eventos adversos valoraron con un mayor porcentaje de valoraciones bajas (de 0 a 4) la cuestión sobre el tiempo que ha dedicado el médico a aclarar sus dudas frente a los que no los presentaron (pregunta número 11). También valoraron con mayor porcentaje de valoraciones bajas los que presentaron eventos adversos

frente a los que no la satisfacción con el tiempo que le había dedicado el médico (pregunta 22). Se detectaron resultados similares en las respuestas a las preguntas relacionadas con la seguridad con la atención recibida, con el equipamiento técnico y la seguridad al alta (preguntas 14, 15 y 16) que presentaron mayor porcentaje de respuestas de menor puntuación en los pacientes que presentaron eventos adversos frente a los que no. Lo mismo sucedió con la confianza en el médico que le atendió, que fue valorada de igual manera (pregunta 19). Y finalmente, la satisfacción al irse de alta tras la intervención fue menor en los pacientes que sufrieron eventos adversos frente a los que no (pregunta 24). De todo ello deducimos que el haber sufrido algún evento podría disminuir la de confianza y la percepción de seguridad en el servicio recibido, lo cual parece lógico, pero además de disminuir la satisfacción al alta y de inducir la sensación de que el tiempo dedicado en la atención por los profesionales ha sido menor del deseado. Este hallazgo apoya los de otros estudios que detectan que los pacientes que sufren eventos adversos valoran peor la calidad del servicio y en especial los aspectos de relación entre estamentos, relación con los pacientes y la profesionalidad de los trabajadores^{176,177}. De esto podría deducirse que la presencia de eventos adversos alertaría sobre la existencia de defectos en calidad y a la inversa, es decir, que los pacientes que manifiestan haber detectado deficiencias en calidad pueden haber sufrido eventos adversos. Doyle y colaboradores⁵², tras una revisión sistemática de la literatura sobre calidad de la atención sanitaria, encuentran una asociación positiva entre la experiencia del paciente, su seguridad y la efectividad clínica considerando además que éstos son los tres pilares en los que se sustentan.

Nos propusimos conocer la influencia de los eventos adversos más frecuentes sobre la percepción de calidad y seguridad. Por lo que se realizó el mismo procedimiento con los eventos adversos dolor, infección, sangrado y reintervención y con el indicador acudir a urgencias.

Las valoraciones de los pacientes fueron en general independientes de la presencia del evento adverso dolor. Tanto de forma individual cómo en dimensiones, como la valoración total de calidad y seguridad, no variaron entre los que pacientes que requirieron atención médica por dolor y los que no, salvo en la dimensión servicio accesible. Ésta fue mejor valorada por los pacientes que presentaron el evento adverso dolor. La explicación a este hallazgo podría ser que la presencia del evento adverso ha alejado sus preocupaciones sobre asuntos en principio más banales como la comodidad de acceso o al moverse dentro del hospital. De hecho los pacientes se sienten más preocupados por la dimensión interpersonal que por los aspectos relacionados con el acceso o las comodidades^{177,268}. La misma

explicación podría tener el hallazgo de que los pacientes que presentaron el evento adverso sangrado valoraran mejor la facilidad en encontrar los lugares en los que habían tenido que ir en el hospital (pregunta 4).

La presencia de los eventos adversos infección del sitio quirúrgico y reintervención fueron independientes de las valoraciones sobre calidad y seguridad, tanto a los ítems individualmente, como agrupados en dimensiones o en la suma de resultados y sobre la satisfacción con atención recibida.

Los pacientes que precisaron acudir a urgencias no se diferenciaron en la percepción de calidad y seguridad de forma general, pero sí valoraron de forma diferente cinco ítems del cuestionario. Así la sensación de seguridad con el equipamiento técnico del hospital y con la posibilidad de tener un teléfono de atención durante 24 horas fue valorada con las puntuaciones más altas en mayor proporción por los que no tuvieron que acudir a urgencias que por los que sí acudieron a urgencias (preguntas número 15 y 17). También valoraron con mayor porcentaje de puntuaciones altas los pacientes que no tuvieron que acudir a urgencias frente a los que sí el respeto con que fueron tratados en el hospital y en concreto con su intimidad (preguntas 20 y 21). Los pacientes que no precisaron acudir a urgencias consideraron que tuvieron un mejor control del dolor al marcharse del hospital y se fueron más satisfechos tras la intervención que los que tuvieron que acudir a urgencias (preguntas 23 y 24).

Sólo el indicador acudir a urgencias parece tener influencia en la valoración de los pacientes y hace que tengan menos confianza en el equipo técnico, que hayan sentido menos sensación de respeto y que tengan menor satisfacción con la intervención al alta, habiéndoles hecho pensar que probablemente el dolor no estuvo bien controlado cuando dejaron el hospital. De hecho, acudir a urgencias se ha utilizado como uno de los indicadores de calidad en la CMA^{197,260,266}.

6.14.2. Influencia de la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad en la satisfacción con la atención recibida.

También encontramos diferencia en la satisfacción con la atención recibida que fue valorada con mayor porcentaje de puntuaciones bajas en los pacientes que sufrieron eventos adversos frente a los que no, lo cual resulta lógico y se ha detectado en otros estudios²¹¹.

La satisfacción no varió entre los que pacientes que requirieron atención médica por dolor y los que no, lo que quizás pueda explicarse porque el paciente acepta el dolor como

una parte del postoperatorio ²⁵². La presencia de los eventos adversos infección del sitio quirúrgico, sangrado y reintervención no tuvo influencia sobre la satisfacción con atención recibida.

Los pacientes que precisaron acudir a urgencias no se diferenciaron en la satisfacción manifestada con la atención que recibieron en el hospital con respecto a los que no lo presentaron.

6.14.3. Influencia de la presencia de eventos adversos y otros indicadores de seguridad en la fidelidad con el hospital.

También quisimos conocer la influencia que pudiese tener el haber sufrido eventos adversos sobre la fidelidad de los pacientes con el centro. Para ello se estudió la independencia entre las preguntas de la dimensión fidelidad con el servicio con la variable presencia de eventos adversos tanto de forma general, como de forma individualizada confrontándola con cada uno de los eventos adversos más frecuentes.

Detectamos que las respuestas a la pregunta de fidelidad “El Hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?” fueron diferentes entre los que presentaron algún evento adverso u otros indicadores de seguridad y los que no. Los pacientes que no presentaron eventos adversos consideraron en un porcentaje alto que el hospital era igual que otros, más que los que sí los presentaron, pero el porcentaje de los que consideraron que es mejor que otros fue más alto entre los que presentaron eventos adversos.

Analizando de forma individual los eventos adversos no se encontraron diferencias con la presencia del evento dolor y del indicador acudir a urgencias. Con los otros tres eventos adversos, infección de sitio quirúrgico, sangrado y reintervención, no fue posible llevar a cabo la valoración de la independencia de las variables ya que no cumplían los criterios para someterse a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ni al Estadístico exacto de Fisher con garantías.

Las respuestas a la pregunta número 28 “¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?” fueron diferentes entre los pacientes que presentaron eventos adversos u otros indicadores de seguridad y los que no, ya que los que no presentaron eventos adversos recomendarían el hospital en mayor porcentaje que los que sí. Lo mismo ocurrió con los que tuvieron que acudir a urgencias y presentaron dolor, es decir, hubo un mayor porcentaje de respuestas

afirmativas entre los que no los sufrieron. Este hallazgo sí parece lógico y también en consonancia con los de otros estudios ²¹¹.

Con esta pregunta sí pudimos contrastar la hipótesis de independencia con las variables presencia de eventos adversos infección de sitio quirúrgico, sangrado y reintervención ya que las posibilidades de respuestas eran dicotómicas y permitía utilizar el Estadístico exacto de Fisher cuando fue necesario. Pero las respuestas resultaron ser independientes de la ocurrencia de infección de sitio quirúrgico, sangrado y reintervención.

Finalmente, las respuestas a la pregunta número 29, “Entre otro hospital público de la ciudad y el Hospital Duques del Infantado, ¿cuál escogería?”, fueron independientes de la incidencia de algún evento adverso, de haber tenido que acudir a urgencias y de haber presentado dolor. No pudo, sin embargo, valorarse la independencia con los eventos infección, sangrado y reintervención por no cumplir los criterios para someterse a las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson ni al Estadístico exacto de Fisher.

En definitiva, la fidelidad con el servicio recibido se ve afectada por la presencia de eventos adversos disminuyendo la primera cuando el paciente tiene que acudir a urgencias o presenta dolor cuyo control requiere atención médica.

6.15. RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ABIERTAS.

Con estas dos preguntas se ha obtenido información complementaria a la que se extrajo mediante el cuestionario estructurados. Aunque los dos métodos son válidos para conocer la opinión de los usuarios y suelen aportar información en la misma dirección, de forma que los comentarios positivos se asocian con valoraciones altas y viceversa ²⁶⁷, las preguntas con respuestas libres además pueden ayudar en la mejora de los cuestionarios estandarizados al mostrar aspectos que no hayan podido ser ponderados adecuadamente en el diseño original de éstos ²⁶⁹.

6.15.1. Pregunta número 30: Propuestas de mejora.

En la primera fase del estudio aproximadamente la mitad de los encuestados expresaron alguna propuesta u objeto de mejora. El principal apartado señalado por los participantes fue el estado y la antigüedad de las instalaciones con 53 comentarios, siendo objetivo de mejora para cerca de una cuarta parte de los encuestados. También fue el principal objeto de mejora para los participantes de la segunda fase con 118 comentarios y sumando

casi el 40% de los encuestados. Indudablemente debe ser uno de los aspectos de la calidad que deben ser tenidos en cuenta como objetivos de mejora. Lo que apoya además el hecho de que las respuestas a las preguntas cerradas del test que pretendían valorar el estado de las instalaciones fueron de menor puntuación que las referentes a otros apartados. Así en la fase I la pregunta número tres (“Las instalaciones del hospital y el edificio le han resultado cómodas y agradables”) obtuvo el menor porcentaje de puntuación máxima (diez) y el segundo valor más bajo de percentil 25 de todas las del test; y en la fase II obtuvo el segundo valor más bajo de puntuación máxima y de percentil 25.

El segundo objetivo de mejora señalado por los participantes en la fase I fue el tiempo de espera desde que fueron citados hasta que fueron intervenidos. A pesar de que fue propuesto sólo por un 7% de los encuestados, la pregunta cerrada sobre este apartado, la número diez (“La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta”), fue la que obtuvo peor puntuación en ambas fases.

El segundo aspecto de mejora para los participantes en la fase II fue el acceso y la disposición de aparcamientos, que a pesar de quedar reflejado en las preguntas cerradas número uno (“¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?”) y número dos (“¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?”) fue propuesto por un 10,7% de los participantes.

En ambas fases hubo coincidencias en cuanto a las áreas de mejora. Así se originaron comentarios sobre acceso y aparcamiento, tecnología, información médica, dotación de personal, tiempo de espera hasta la intervención, estado y antigüedad de las instalaciones, mobiliario y enseres y todo por mejorar. Sin embargo, específicos de la fase I fueron la relación con el personal administrativo, la intimidad y nada por mejorar. Mientras que de la fase II fueron la relación con el personal sanitario, el alta precoz y la demora en la cita en consulta.

6.15.2. Apartado de observaciones.

El apartado de observaciones fue completado por 33 (15,4%) participantes de la fase I y por 91 (30,4%) de la fase II. De ellas 18 (8,4%) comentarios de la fase I fueron de felicitaciones y agradecimientos y 33 (11%) en la fase II. El resto fueron comentarios negativos o de queja.

Los comentarios negativos de la fase I diferentes a las expresadas en la pregunta número 30 sobre propuestas de mejora fueron quejas sobre el servicio de cafetería-

restaurante, queja sobre tiempo en lista de espera quirúrgica y queja sobre trato discriminatorio percibido por un encuestado respecto a la atención recibida.

Los comentarios negativos de la fase II no expuestos previamente fueron quejas sobre organización, sobre las características de la sala de espera, sobre el procedimiento anestésico, sobre las características de la sala de recuperación, sobre el material de lencería, sobre la falta de intimidad, sobre el tratamiento prescrito al alta, sobre el funcionamiento del teléfono de atención urgente tras el alta, insatisfacción con los resultados de la intervención y quejas sobre error en las citas en consulta.

6.16. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

La principal limitación del estudio probablemente se encuentre en el sesgo de no respuesta. Además, al optarse por un procedimiento de casos completos (sólo se analizaron cuestionarios que tenían cumplimentados en su totalidad el bloque de preguntas sobre percepción de calidad y seguridad y satisfacción con la atención recibida) se añadirían sesgos con en la interpretación de los resultados ²⁷⁰.

La adaptación del cuestionario a las características de la población diana, para facilitar su entendimiento y su utilización, y para cumplir con los objetivos del estudio (segregación de la percepción de calidad, la percepción de seguridad y la satisfacción) dificulta la comparación de los resultados con los de otras investigaciones.

Otra limitación está a nivel de la interpretación de los resultados ya que se trata de un estudio observacional de tipo transversal que, a pesar de ser analítico ²⁷¹, puede medir asociación pero no valorar causalidad por medirse el posible factor de exposición (incidentes en la seguridad del paciente) y el evento (percepción de calidad y seguridad y satisfacción con la atención recibida) a la misma vez.

6.17. CONSIDERACIONES FINALES.

La cirugía mayor ambulatoria está considerada actualmente el estándar en la cirugía electiva ²⁷². Con el avance en las técnicas quirúrgicas y anestésicas la CMA se ha convertido en una práctica segura con una baja incidencia de morbilidad y mortalidad ^{260,265}, así como con bajas tasas de ingresos, reingresos o retrasos en el alta ^{266,273}. Además ha demostrado tener un impacto positivo en la calidad de vida relacionada con la salud ²⁷³ y lograr altos niveles de satisfacción en los usuarios ^{214,226}.

El conocimiento de las actitudes, las creencias y la percepciones de los pacientes puede ayudar a evaluar la calidad de la asistencia prestada, entender sus necesidades permitirá contar con la dotación requerida para satisfacer sus expectativas ²⁷⁴. Poner la visión, la opinión y las perspectivas del paciente en el centro de las decisiones que los afecta se hace vital ⁸¹.

Hay autores que encuentran que el nivel de calidad percibida por los usuarios se correlaciona con el nivel de calidad tradicionalmente concebida por proveedores e instituciones (resultados, complicaciones) y sugieren que centrándose conseguir altos niveles en la primera se conseguirían alcanzar niveles elevados en otros indicadores de calidad ²⁷⁴. Sin embargo, otros no encuentran esta relación y sugieren que la valoración de la calidad por el paciente y/o su satisfacción no deben ser usados como elementos exclusivos de determinación de la calidad de hospitales y servicios sino como una herramienta a usar junto con otras ²⁷⁵. La percepción de una experiencia positiva por el paciente se asocia con niveles altos de adherencia a las recomendaciones de prevención y de tratamiento, mejores resultados clínicos, mayor nivel de seguridad y menor utilización de recursos sanitarios, por ello la utilización de elementos de medición de la experiencias de los pacientes, estandarizados y con unas determinadas características psicométricas, son complementos apropiados de la medición de la calidad desde el punto de vista clínico ²⁷⁶.

Con estas premisas este estudio ha pretendido conocer el punto de vista de los usuarios sobre nuestra UCMA mediante un cuestionario elaborado sobre la base de una metodología ampliamente usada y reconocida, así como la influencia de la presencia de eventos adversos sobre el mismo.

El diseño del estudio ha puesto de manifiesto que la metodología de la encuesta, autoadministrada o entrevista telefónica, y el momento de su realización, previo al alta de la unidad o treinta días después de la misma, han tenido poca influencia en las valoraciones de los pacientes.

La tasa de respuesta ha sido suficiente para garantizar la generalización de sus resultados habiendo demostrado el bloque de preguntas sobre calidad y seguridad percibidas su validez y fiabilidad.

La percepción de calidad y seguridad fue alta siendo las dimensiones servicio de garantía, seguridad del servicio y servicio personalizado las mejor valoradas, en concreto el respeto en el trato recibido. Las dimensiones servicio accesible y servicio confortable han sido menos consideradas y el aspecto peor valorado fue el tiempo transcurrido desde que el paciente es citado hasta que es atendido. Las propuestas de mejora y las observaciones

complementaron las valoraciones recalcando la faceta del estado de las instalaciones, en concreto por su antigüedad, y con el acceso al edificio, principalmente por la dificultad de aparcamiento de vehículos. La satisfacción global fue aún más alta que la percepción de calidad y seguridad, siendo las dimensiones servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad las que más influencia ejercieron en la misma y específicamente la relación entre paciente y personal. Los usuarios demostraron también fidelidad al hospital al recomendarlo y considerarlo al menos igual a otros de la ciudad.

Los pacientes de mayor edad, amas/os de casa, jubilados y con menor nivel de estudios valoraron mejor la atención recibida, mientras que las mujeres manifestaron mayor fidelidad. La presencia de antecedentes personales también condicionó la percepción de calidad y seguridad al ser peor valorada en algunas dimensiones por los pacientes con peor estado de salud, sin embargo, no afectó a la satisfacción ni a la fidelidad.

La proporción de pacientes que presentaron eventos adversos fue alta en comparación con lo publicado en otros estudios ²⁴⁰⁻²⁵⁰, aunque existe gran variabilidad en la categorización y en los métodos de detección de los mismos. Los eventos adversos más frecuentes fueron dolor, sangrado por herida quirúrgica e infección de sitio quirúrgico. No se produjo ningún evento adverso grave ni muerte en el periodo del estudio. El porcentaje de incidentes (casi-errores) fue alto aunque éstos no tuvieron repercusión en los pacientes.

Los pacientes intervenidos de la especialidad Cirugía Ortopédica y Traumatología sufrieron mayor porcentaje de eventos adversos y entre ellos más dolor, en comparación con los sometidos a Cirugía General y Aparato Digestivo y Otorrinolaringología. Los pacientes con peor estado de salud presentaron eventos adversos en mayor proporción.

La especialidad quirúrgica de la que fueron intervenidos los pacientes del estudio tuvo influencia sobre tres aspectos de la percepción de calidad y seguridad, siendo peor valorados por los de ORL, mientras que la satisfacción y la fidelidad no se vieron afectadas.

La presencia de eventos adversos tuvo influencia sobre determinados aspectos de la calidad y seguridad como fueron la confianza en el médico, la satisfacción con la intervención y la seguridad con la atención y el equipamiento, que fueron peor valorados. Ningún evento adverso demostró influir de forma independiente en la percepción de calidad y seguridad. El indicador de seguridad acudir a urgencias sí tuvo repercusión sobre ella ya que su ocurrencia se asoció con peor valoración del equipamiento técnico, el respeto en el trato, la satisfacción con la intervención y el control del dolor al alta.

La ocurrencia de eventos adversos en general disminuyó la satisfacción con la atención recibida aunque ningún evento específico la afectó como tampoco lo hizo la necesidad de acudir a urgencias.

El padecimiento de eventos adversos y en concreto de dolor minó la fidelidad con el hospital siendo ésta menor en los usuarios que los padecieron.

Conclusiones

De los objetivos planteados y de los resultados obtenidos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. La calidad percibida por los usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria fue elevada (puntuación mayor o igual a ocho sobre diez) para más de la mitad de los mismos tanto en el momento del alta como al mes de la intervención.
2. La percepción de seguridad de los usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria fue alta (puntuación mayor o igual a ocho sobre diez) para más de dos tercios de los mismos, tanto en el momento del alta como a los treinta días de la intervención.
3. La satisfacción de los usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria fue alta (puntuación mayor o igual a ocho sobre diez) para más del ochenta por ciento de los mismos en el momento del alta y al mes de la intervención.
4. Las dimensiones servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad ejercieron mayor influencia sobre la satisfacción con la atención recibida que las dimensiones servicio accesible y servicio confortable.
5. Los porcentajes de pacientes que sufrieron eventos adversos e incidentes (casi-errores) relacionados con la atención fueron elevados (catorce y trece por ciento respectivamente) aunque no ocurrió ningún evento adverso grave.
6. La prevalencia de eventos adversos y de otros indicadores de seguridad como acudir a urgencias se asoció a una menor percepción de calidad y seguridad y a una menor satisfacción con la atención recibida.
7. Los pacientes de mayor edad, con menor nivel de estudios y con buen estado de salud valoraron mejor la atención recibida y los de sexo femenino manifestaron mayor fidelidad al hospital.
8. Los pacientes intervenidos de Cirugía Ortopédica y Traumatología presentaron mayor proporción de incidentes en la seguridad y los de Otorrinolaringología menor percepción de calidad y seguridad.

Bibliografía

1. Grönroos C. A service quality model and its marketing implications. *Eur J Market.* 1984;18:36-44.
2. Anderson CR, Zeithaml CP. Stage of the product life cycle, business strategy, and business performance. *Acad Manage J.* 1984;27(1):5-24.
3. Garvin DA. Quality on the line. *Harv Bus Rev.* 1983;61:65-73.
4. Crosby PB. *quality is free: The art of making quality certain.* New York: New American Library;1979.
5. Juran JM. *Quality control handbook.* 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999.
6. Deming WE. *The new economics.* 2th ed. Cambridge. Massachusetts: SPC Press;1994.
7. Ishikawa K. *what is total quality control? The Japanese Way.* New Jersey: Prentice Hall; 1985.
8. Grönroos C. *Marketing y gestión de Servicios.* Madrid: Díaz de Santos; 1994.
9. Zeithaml VA. How Consumer evaluation processes. Differ between goods and services. In *marketing of services.* J. Donnelly and W. George, eds. Chicago: American Marketing; 1981. p. 186-190.
10. Booms BH, Bitner MJ. Marketing strategies and organization structures for services firms. In *marketing of services,* J. Donnelly and W. George, eds. Chicago: American Marketing; 1981. p.47-51.
11. Carmen JM, Langeard E. Growth strategies of service firms. *Strateg Manage J.* 1980;1:7-22.
12. Lewis RC, Booms BH. The marketing aspects of service quality. In *emerging perspectives on services marketing,* L Berry, G. Shostak, and G. Upah, eds. Chicago: American Marketing Association; 1983. p. 99-107.
13. Sasser W, Earl J, Olsen RP, Wyckoff DD. *Management of service operations: Text and cases.* Boston: Allyn & Bacon; 1978.
14. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for further research. *J Market.* 1985;49:41-50.
15. Grönroos C. *Strategic management and marketing in the service sector.* Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration; 1982.
16. Zeithaml VA. *Defining and relating prices, perceived quality and perceived value.* Cambridge, MA: Marketing Science Institute; 1987.
17. Brady MK, Cronin JJ. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *J Mark.* 2001;65:34-49.
18. Grönroos C. The perceived service quality concept – a mistake? *Managing service quality.* 2001;11(3):150-152.
19. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. SERVQUAL: A Multiple- Item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail.* 1988;64 (1):12-40.
20. Lehtinen JR, Lehtinen U. *Service quality: A study of quality dimensions.* Helsinki: Service Management Institute; 1982.
21. Rust RT, Oliver RL. Service Quality: Insights and managerial implications from the frontier. In *Service Quality: New directions in theory and practice,* Roland T. Rust and Richard L. Oliver, eds. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994. p. 1-19.
22. Dabholkar P, Thorpe DI, Rentz JO. A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation. *J Acad Mark Sci.* 1996;24(1):2-16.
23. Kang GD, James J. Service quality dimensions: An examination of Grönroos's service quality model. *Managing Service Quality.* 2004;14(4):266-277.
24. Walker RH, Johnson LW, Leonard S. Re-thinking the conceptualization of customer value and service quality within the service-profit chain. *Managing Service Quality.* 2006;16(1):23-36.

25. Payne A, Holt S, Frow P. Relationship value management: exploring the integration of employee, customer and shareholder value and enterprise performance models. *Journal of Marketing Management*. 2001;17(7/8):785-817.
26. Reichheld FF, Sasser WE. Zero defections: Quality comes to service. *Harv Bus Rev*. 1990;68(5):105-11.
27. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: A reexamination and extension. *J Mark* 1992;56(3):55-68.
28. Taylor SA, Baker TL. An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions. *J Retail*. 1994;70(2):163-78.
29. Oliver RL. *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*. New York, NY: McGraw-Hill; 1997.
30. Bitner MJ. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *J Mark*. 1990;54(2):69-81.
31. Brady MK, Robertson CJ. Searching for a consensus on the antecedent role of service quality and satisfaction: An exploratory cross-national study. *J Bus Res*. 2001;51(1):53-60.
32. Oliver RL. Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *J Retail*. 1981;57:25-48.
33. Dabholkar P. A contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality. *Advances in Consumer Research*. Provo, UT: Association for Consumer Research; 1995. p. 101-6.
34. Bueno JM, Gastón JJ, Saturno PJ. Comentario: La otra perspectiva. *Aten Primaria*. 2002; 30(7):33-34.
35. Department of Health. A promise to learn-a commitment to act: improving the safety of patients in England. London: National Advisory Group on the Safety of Patients in England, Department of Health; 2013.
36. Beattie M, Lauder W, Atherton I, Murphy DJ. Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*. 2014;3(1):1-8.
37. Eiriz V, Figueiredo JA. Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2005;18(6-7):404-12.
38. Lohr K; Committee to design a strategy for quality review and assurance in Medicare. *Medicare: A strategy for quality assurance*, Vol. 1. Washington, DC: IOM, National Academy Press; 1990.
39. Laffel G, Blumenthal D. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA*. 1989;262: 2869-73.
40. General Assembly Resolution. Universal declaration of Human Rights. Resolution adopted by the General Assembly, 10.12.1948. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/en/documents/udhr/history.shtml>
41. Verbano Ch. Future developments in health care performance management. *J Multidiscip Healthc*. 2013;6:415-421.
42. Agency for Healthcare Research and Quality. Testimony on Health Care Quality. 2009. [Citado 4junio 2014]. Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/news/speech/test031809.html>
43. Buttell P, Hendler R, Daley J. Quality in Healthcare: Concepts and Practice. In K Cohn & D Hough. *The business of healthcare*. Vol 3, Westport CT: Praeger Perspectives; 2008. p.61-94.
44. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington D.C: National Academy Press; 2001.

45. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260:1743–48.
46. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114:1115–1118.
47. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *Br Med J*. 1984;288:1470-1472.
48. Health Services Research Group. Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? *Can Med Assoc J*. 1992;146:2153-2158.
49. O'Leary DS, O'Leary MR. From quality assurance to quality improvement. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and Emergency Care. *Emerg Med Clin N Am*. 1992;10:477-492.
50. Campbell SM, Roland MO, Buetow S. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51:1611–25.
51. Department of Health. High quality care for all. NHS next stage review. London: DoH; 2008. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085825
52. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1): e001570.
53. Rademakers J, Delnoij D, de Boer D. Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of health care quality? *BMJ Qual and Saf*. 2011;20:326–331.
54. Black N, Jenkinson C. Measuring patients' experiences and outcomes. *BMJ*. 2009;339:202-5.
55. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1.: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
56. Arah OA, ten Asbroek AH, Delnoij DM, de Koning JS, Stam Pj, Poli AH et al. Psychometric properties of the Dutch version of the Hospital-level Consumer Assessment of Health Plans Survey instrument. *Health Serv Res*. 2006;41:284-301.
57. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40:903-18.
58. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
59. Cronin JJ, Taylor SA. SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of Service Quality. *J Marketing*. 1994;58:125-131.
60. Teas RK. Expectations as a comparison standard in measuring SQ: An assessment of a reassessment. *J Mark*. 1994;58:132-139.
61. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. *J Mark*. 1994;58: 111-124.
62. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Alternative scales for measuring service quality: A comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *J Retail*. 1994;70:201-230.
63. Saleh F, Ryan C. Analysing service quality in the hospital industry using SERVQUAL model. *Serv Ind J*. 1991;11:324-343.
64. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Med Prevent*. 1998;4:12-18.

65. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:263-71.
66. Hernán M, Jiménez JM, March JC, Silió F. Calidad percibida por los clientes del Hospital Costa de Sol. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
67. Hernán M, Gutiérrez JL, Lineros C, Ruiz C, Rabadán A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Aten Primaria*. 2002;30(7):425-434.
68. Gea MT, Hernán GM, Jiménez MM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calid Asist*. 2001;16(1):37-44.
69. Carvajal J, García de Sanjosé S, Márquez M, Hernández I, Martín-García M, Cerquella CM. Valoración de la satisfacción de los pacientes intervenidos de vesícula biliar por laparoscopia en un servicio de cirugía general. *Rev Calid Asist*. 2008;23(4):164-169.
70. García A, Docobo F, Mena J, Cárave A, Vázquez J, Durán I. Índices de satisfacción y calidad percibida en una unidad de cirugía mayor ambulatoria de un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Enf Dig*. 2003;95(12):851-856.
71. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932;140:5-55.
72. Thurstone LL. Attitudes Can Be Measured. *Am J Sociol*. 1928;33:529-554.
73. Guil-Bozal M. Escala mixta Likert-Thurstone. *Anduli Rev Andaluza de Ciencias Soc*. 2006;5:81-85.
74. Franklin B, Osborne H. *Research methods: Issues and insights*. Belmont, CA: Wadsworth; 1971.
75. Hartley J, Trueman M, Rodgers A. The effects of verbal and numerical quantifiers on questionnaire responses. *Appl Ergon*. 1984;15(2):149-55.
76. González M, Lameiras M, Varela M. Escalamiento de magnitud en la satisfacción laboral I. Validez de la ley de potencia. *Rev Psicol Gen Appl*. 1990;43(3): 411-417.
77. Cañadas I, Sánchez A. Categorías de respuesta en escalas tipo Likert. *Psicothema*. 1998;10(3):623-631.
78. Maurer J, Pierce HR. A comparison of Likert scale and traditional measures of self-efficacy. *J Appl Psychol*. 1998;83:324-329.
79. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de la atención sanitaria. *Med Clin-Barcelona*. 2000;114:26-33.
80. Reiser SJ. The era of the patient: Using the experience of illness in shaping the missions of health care. *JAMA*. 1993;269:1012-1017.
81. Vuori H. Patient satisfaction-does it matter? *Int J Qual Health Care*. 1991;3(3):183-189.
82. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart*. 1966; 44: 166-202.
83. Hawthorne G. *Review of patient satisfaction measures*. Canberra, Australia: Australian Government Department of Health and Ageing; 2006.
84. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud. *Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria 2000*. Madrid: INSALUD; 2001.
85. Heidegger T, Saal D, Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2006;20(2):331-46.
86. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6:247-63.

87. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982;16:577-82.
88. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: An empirical exploration. *Sociol Health Illn.* 1983;5(3):297-311.
89. Ilioudi S, Lazakidou A, Tsironi M. Importance of Patient Satisfaction Measurement and Electronic Surveys: Methodology and Potential Benefits. *International Journal of Health Research and Innovation.* 2013;1(1), 67-8.
90. Hall J, Dornan M. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1990;30:811-18.
91. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med.* 2002;54(4):493-504.
92. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: Effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf.* 2012;21:39-46.
93. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experience and satisfaction with Health Care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care.* 2003;11:335-339 .
94. Arshad SA, Shamila H, Jabeen R, Fazli A. (2012). Measuring patient satisfaction: A cross sectional study to improve quality of care at a tertiary care hospital. *Healthline.* 2012;3(1):59-62.
95. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002;6(32):1-244.
96. Fitzpatrick R. Surveys of Patient Satisfaction: I—Important General Considerations. *BMJ.* 1991;302 (6781):887-9.
97. Nelson CW, Niederberger J. Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. *Hosp Health Serv Adm.* 1990;35(3):409-27.
98. Papanikolaou V, Ntani Sp. Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(6):548-61.
99. Riskind P, Fossey L, Brill K. Why measure patient satisfaction? *J Med Pract Manage.* 2011; 26(4):217-220.
100. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadersh Health Serv.* 2009;22:8-19.
101. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med. Care.* 1997;35:714-730.
102. Vinagre M, Neves J. The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(1):87-103 .
103. Alrubaiee L, Alkaa'ida F. The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality - patient trust relationship. *Intern J Marketing Studies.* 2011;3:103-27.
104. Gotlieb JB, Grewal D, Brown SW. Consumer satisfaction and perceived quality: Complimentary or divergent constructs. *J Appl Psychol.* 1994;79(6):875-85.
105. Oliver RL. Processing of the satisfaction responses in consumption: A suggested framework and research propositions. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior.* 1998;2:1-16.
106. Lee H, Lee Y, Yoo D. The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *J Serv Mark.* 2000;14(3):217-31.
107. Hulka B, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. *Med Care.* 1970;8(5):429-36.
108. Larsen D, Attkisson C, Hargreaves W, Nguyen T. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Prog Planning.* 1979;2(3):197-207.

109. Garcia-Aparicio J, Herrero-Herrero J, Corral-Gudino L, Jorge-Sánchez R. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Rev Calid Asist.* 2010;25(2):97-105.
110. Hawthorne G, Sansoni J, Hayes L, Marosszeky N, Sansoni E. Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(5):527-37.
111. Laurence NW. *Social research methods: Qualitative and quantitative methods.* 3rd ed. Boston, MA: Allyn and Bacon; 1997.
112. Tasso K, Behar-Horenstein LS, Aumiller A, Gamble K, Grimaudo N, Guin P, et al. Assessing patient satisfaction and quality of care through observation and interview. *Hosp Top.* 2002;80(3): 4-10.
113. Firbank OE. Connecting the voices of users, caregivers and providers on service quality: A study of home-care services. *Int J Health Care Qual Assur.* 2012;25(5):403-420.
114. Krowinski WJ, Steiber RS. *Measuring and managing patient satisfaction.* 2nd ed. Chicago: American Hospital Publishing; 1996.
115. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-6.
116. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. *More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1. Technical Report.* January 2009. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
117. Donaldson L. When will health care pass the orange-wire test? *Lancet.* 2004;364(9445):1567-8.
118. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991;324(6):377-84.
119. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995;163(9):458-71.
120. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: Occurrence and impact. *NZ Med J.* 2002;115(1167):U271.
121. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001;322(7285):517-9.
122. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeg.* 2001;163(39):5370-8.
123. Baker GR, Norton PG, Flintolf V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004;170(11):1678-86.
124. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(5):369-77.
125. Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: Results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(4):297-302.
126. Aranaz-Andres JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-Garcia E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: Results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care.* 2009;21(6):408-14.

127. Medes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279–84.
128. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: A retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):285–91.
129. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
130. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
131. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press; 2000.
132. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/indez.html>
133. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Quality Health Care*. 2009;21(1):18–26.
134. Comisión Europea. DG Salud y Protección del Consumidor. Patient Security: Making it Happen. Luxemburgo: DG Salud y Protección del Consumidor; 2005. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
135. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo, Boletín Oficial del Estado, número 128 (29/05/2003).
136. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
137. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
138. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.
139. Junta de Andalucía. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2010-2014. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2010.
140. Junta de Andalucía, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Observatorio para la Seguridad del Paciente. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html>
141. Junta de Andalucía, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Observatorio para la Seguridad del Paciente. Red de centros y unidades con prácticas seguras. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/redcentrosyunidades/
142. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud; 2011.
143. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(suppl II):ii17-ii23.

144. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psycho-metric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:44.
145. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014 [Citado 5 febrero 2015]. Hospital Survey on Patients Safety Culture. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>
146. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
147. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planC...>
148. Skodová M, Velasco MJ, Fernández MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist*. 2011;26:33-8.
149. Pozo F, Padilla V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Rev Calid Asist*. 2013;28:329-336 [Citado 5 junio 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.009>
150. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A. Consumer perceptions of safety in hospitals. *BMC Public Health*. 2006;6:41.
151. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebas P, et al. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Med Clin-Barcelona*. 2008;131 Suppl 3:S26-32.
152. Agoritsas T, Bovier PA, Perneger TV. Patient Report of undesirable events during hospitalization. *J Gen Intern Med*. 2005;20(10):922-928.
153. Commission Européenne. Les erreurs médicales. Eurobaromètre Special 241. Brussels: Commission Européenne; 2006 [Citado 5 junio 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_fr.pdf
154. Kaiser Family Foundation/Agency for Healthcare Research and Quality/Harvard School of Public Health National Survey on Consumers' Experiences with Patient Safety and Quality Information. November 2004. [Citado 5 junio 2014]. Disponible en: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/national-survey-on-consumers-experiences-with-patient-safety-and-quality-information-survey-summary-and-chartpack.pdf>
155. Commission European. Patient safety and quality of healthcare, Special Eurobarometer 327. Bruxelles: Commission European; 2010 [citado 15 junio 2014] Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf
156. Prieto MA, March JC, Suess A, Ruiz A, Terol E, Casal J. Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. *Med Clin-Barcelona*. 2008;131 Suppl 3:S33-38.
157. Dixon JL, Tillman MM, Wehb-Janek H, Song J, Papaconstantinou HT. Patients' Perspectives of Surgical Safety: Do They Feel Safe? *The Ochsner Journal*. 2015;15(2):143-148.
158. Rathert C, Brandt J, Williams E S (2011). Putting the 'patient' in patient safety: A qualitative study of consumer experiences. *Health Expectations*. 2012;15(3):327-336.
159. Massó P, Aranaz JM, Mira JJ, Perdigüero E, Aibar C. Adverse events in hospitals: The patient's point of view. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:144-147.

160. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf
161. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Medhi Z, Ortiz L, Ignacio E, et al. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Rev Med Chile*. 2009;137:1441-8.
162. González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina R, Trujillo H, Peinado JM. Diseño y validación del cuestionario breve de seguridad del paciente para los servicios de urgencias: la visión del paciente. *Emergencias*. 2014;26:275-280.
163. Mira JJ, Aranaz J, Vitaller J, Gea MT. Percepción de seguridad de los pacientes de cirugía ambulatoria. *Cir Esp*. 2009;85(3):179-189
164. Walshe K. Adverse events in health care: Issues in measurement. *Qual Health Care*. 2000;9:47-52.
165. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization; 2009.
166. World Alliance for Patient Safety. WHO draft guidelines on adverse event reporting and learning systems. Geneva: World Health Organization; 2005.
167. Larizgoitia I, Bouesseau MC, Kelley E. WHO Efforts to promote reporting of adverse events and global learning. *J Public Health Res*. 2013;2(3):168-174.
168. Walshe K. The validity and reliability of adverse-event measures of quality in healthcare [PhD thesis]. Birmingham: University of Birmingham, 1998
169. Pavao AL, Camacho LA, Martins M, Mendes W, Travassos C. Reliability and accuracy of the screening for adverse events in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(5):532-537.
170. Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S. The incidence of adverse events among home care patients. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(1):16-28.
171. Naessens JM, Campbell CR, Huddleston JM, Berg BP, Lefante JJ, Williams AR, et al. A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):301-307.
172. Murff HJ, Patel VL, Hripcsak G, Bates DW. Detecting adverse events for patients safety research: A review of current methodologies. *J Biomed Inform*. 2003;36:131-43.
173. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [Citado 20 Enero 2015]. Información general sobre SiNASP. Disponible en: <https://www.sinasp.es>.
174. Zhu J, Stuver SO, Epstein AM, Schneider EC, Weissman JS, Weingart SN. Can we rely on patients' reports of adverse events? *Med Care*. 2011;49:948-955.
175. Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. *Br J Anaesth*. 2010;105(1):69-75.
176. Taylor BB, Marcantonio ER, Pagovich O, Carbo A, Bergmann M, Davis RB, et al. Do medical inpatients who report poor service quality experience more adverse events and medical errors? *Med Car*. 2008;46(2):224-8.
177. Weissman JS, López L, Schneider EC, Epstein AM, Lipsitz S, Weingart SN. The association of hospital quality ratings with adverse events. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(2):129-135.

178. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, McKee M. Day surgery: Making it happen. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2007 [citado 15 junio 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/108965/E90295.pdf
179. Toftgaard C. Day surgery activities 2009. International survey on ambulatory surgery conducted; 2011. *Ambul Surg.* 2012;17:53-63.
180. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. [Internet]. Madrid; 2007 [citado 14 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.asecma.org>
181. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y funcionamiento. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
182. International Association of Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook. [Citado 14 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf
183. Nicoll, J.H. The surgery of infance. *Br Med J.* 1909;2:753-754.
184. Waters RM. The downtown anaesthesia clinic. *Am J Surg.* 1919;39:371-773.
185. Hertzfeld, G. The radical cure of hernia in infants and young children. *Edinburgh Med J.* 1925;32:281.
186. Farquharson EL. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet.* 1955;1:517-519.
187. Cohen DD, Dillon J B. Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA.* 1966;26:1114-1116.
188. Ford JL, Reed WA. The surgicenter: An innovation in the delivery and cost of medical care. *Ariz Med.* 1969;26:801-804.
189. Davis JE. The major ambulatory surgical center and how it is developed. *Surg Clin North Am.* 1987;67(4):671-692.
190. Davis JE. Major Ambulatory Surgery. London: Lippincott Williams & Wilkins; 1986.
191. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía Ambulatoria: Estudio piloto. *Cir Esp.* 1988; 44:865-74.
192. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia: Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. *Cir Esp.* 2001;69:337-9
193. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Citado 14 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
194. ESPAÑA. 2003. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de Octubre de 2003, 254, pp. 37893-37902.
195. Davis JE, Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesiology evaluations. *Surg Clin North Am.* 1987;67:721.
196. American Society of Anesthesiologists [Internet]. Washington DC: American Society of Anesthesiologists; 2014 [Actualizado 15 Octubre 2014; citado 15 enero 2015]. Physical Status Classification System. Disponible en: <http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>.
197. International Association for Ambulatory Surgery [Internet]. Boston: International Association for Ambulatory Surgery; 2003 [citado 15 septiembre 2014]. Clinical Indicators for Ambulatory Surgery. Disponible en: <http://www.iaas-med.com/index.php/iaas-recommendations/clinical-indicators>

198. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2007 [citado 15 septiembre 2014]. Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
199. Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients perceptions of care. *Health Serv Res.* 2005;40:1996-2017.
200. Ward JK, McEachan RR, Lawton R, Armitage G, Watt I, Wright J. Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:130.
201. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2004.
202. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [Actualizado enero 2015; citado 20 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
203. Kaafarani HM, Rosen AK, Nebeker JR, Shimada S, Mull HJ, Rivard PE, et al. Development of trigger tools for surveillance of adverse events in ambulatory surgery. *Qual Saf Health Care.* 2010;19:425-429.
204. World Health Organization, Uppsala Monitoring Centre [Internet]. Uppsala: Uppsala Monitoring Center. The use of the WHO-UMC system for standardized case causality assessment; 2015 [actualizado 28 enero 2015; citado 25 marzo 2015]. Disponible en: <http://who-umc.org/Graphics/24734.pdf>.
205. Darzi A. High quality care for all—NHS Next Stage Review Final Report. Department of Health; 2008.
206. Wongus R, Schluterman NH, Feinstein S, McGirt N, Greenberg DR, Schwartz DB. Patient satisfaction reported by in-visit and after-visit surveys. *Patient Experience Journal.* 2015;2(1):68-74.
207. Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Intern Med.* 2003;18:6167.
208. Wright G, Hines T, Hyde M. Measuring quality in public services. In: 14 Th Annual Doctoral Symposium. Manchester: Manchester Metropolitan University; 2011. [citado 25 marzo 2015] Disponible en: <http://www.business.mmu.ac.uk/research/symposium2011/fullpapers/MargaretHyde.pdf>
209. Arroyo M. Diseño y validación de variables escalares en encuestas: comportamiento de indicadores empíricos y la percepción de los entrevistados. Madrid: Universidad Complutense; 2004 [citado 20 marzo 2015] Disponible en: http://eprints.ucm.es/5853/1/diseño_de_escalas.pdf
210. Brown JD. Likert items and scales of measurement? *Shiken: JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter.* 2011;15(1):10-14.
211. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: A study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care.* 2011;23(5):503-509.
212. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess.* 2012;16 (30):1-509.
213. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med.* 2001;161:1437-42.

214. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care*. 1999;8:86–91.
215. Santiñà M, Ascaso C, Escaramís G, Prat A, Asenjo MA. Influencia del médico en la satisfacción del paciente. Estudio de 471 casos. *Med Clin-Barcelona*. 2005;124:274-6.
216. Entwistle V, Quick O. Trust in the context of patient safety problems. *J Health Organ Manag*. 2006;20(5):397-416.
217. Gorge D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2003.
218. Alemi F, Jasper H. An alternative to satisfaction surveys: Let the patients talk. *Qual Manag Health Care*. 2014;23(1):10-19.
219. Riba C. Estrategias para aumentar la tasa de respuesta y los resultados de la Encuesta Social Europea en España. *Rev Int Sociol*. 2010;68(3):603-635.
220. Díaz de Raga V. Comparación entre los resultados proporcionados por encuestas telefónicas y personales: El caso de un estudio electoral. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2010.
221. Larsson WB, Larsson G, Chanterreau MW, von Holstein KS. International comparisons of patients' views on quality of care. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2005;18:62–73.
222. Parra P, Bermejo RM, Más A. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2012;26(2):159–165.
223. Bjertnaes OA. The association between survey timing and patient-reported experiences with hospitals: Results of a national postal survey. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12:13-2288-12-13.
224. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care*. 2010;22:86–92.
225. Otani K, Kurz RS, Harris LE. Managing primary care using patient satisfaction measures. *J Healthc Manag*. 2005;50:311.
226. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, et al. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth*. 2009;21:200-205.
227. Iannuzzi JC, Kahn SA, Zhang L, Gestring ML, Noyes K, Monson JR. Getting satisfaction: drivers of surgical Hospital Consumer Assessment of Health care Providers and Systems survey scores. *J Surg Res*. 2015; [doi: 10.1016/j.jss.2015.03.045](https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.03.045).
228. Elliott MN, Kanouse DE, Edwards CA, Hilborne LH. Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization. *Med Care*. 2009;47:842–9.
229. Hanna MN, Gonzalez-Fernandez M, Barrett AD, Williams KA, Pronovost P. Does patient perception of pain control affect patient satisfaction across surgical units in a tertiary teaching hospital? *Am J Med Qual*. 2012;27:411.
230. Mira JJ, Tomás O, Virtudes-Pérez M, Nebot C, Rodríguez-Marín J.. Predictors of patient satisfaction in surgery. *Surgery* 2009;145:536–41.
231. Slatore CG, Cecere LM, Reinke LF, Ganzini L, Udris EM, Moss BR, et al. Patient-clinician communication. Associations with important health outcomes among veterans with COPD. *Chest*. 2010;138:628–34.
232. Black N, Varaganum M, Hutchings A. Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(7):534-542.
233. Phillips S, Gift M, Gelot S, Duong M, Tapp H. Assessing the relationship between the level of pain control and patient satisfaction. *J Pain Res*. 2013;6:683.

234. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Factors associated with patient satisfaction in surgery: the role of patients' perceptions of received care, visit characteristics, and demographic variables. *J Surg Res.* 2010;164:53-59.
235. Capuzzo M, Gilli G, Paparella L, Gritti G, Gambi D, Bianconi M, et al. Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesth Analg.* 2007;105:435-442.
236. Royse CF, Chung F, Newman S, Stygall J, Wilkinson DJ. Predictors of patient satisfaction with anaesthesia and surgery care: a cohort study using the Postoperative Quality of Recovery Scale. *Eur J Anaesthesiol.* 2013;30(3):106-110.
237. Aiken LH, Sermeus W, Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012;344:1717.
238. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. *New Engl J Med.* 2008;359:1921.
239. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:102.
240. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa S, Armanious S, Chung F. Post-operative recovery: day surgery patients' preferences. *Br J Anaesth.* 2001; 86: 272-4.
241. Aguayo M, Lora E. Cómo realizar paso a paso un contraste de hipótesis con SPSS para Windows: (III) Relación o asociación y análisis de la dependencia (o no) entre dos variables cuantitativas. Correlación y regresión lineal simple. Página web de la Fundación Andaluza Beturia para la Investigación en Salud [Internet]. Huelva; 2007 [citado 25 abril 2015]. Disponible en: http://www.fabis.org/html/archivos/docuweb/contraste_hipotesis_3r.pdf
242. Sørli T, Sexton HC, Busnad R, Sørli D. Predictors of satisfaction with surgical treatment. *Int Qual Health Care.* 2000;12:31-40.
243. Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical malpractice: The effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med.* 2000;173:244-50.
244. Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
245. Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: Análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:295-304.
246. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística (INE) 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [citado 27 enero 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p04/l0/&file=04008.px&type=p_caxis&L=0.
247. Otero A, De Francisco A, Gayoso P, García F. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en España: Resultados del estudio EPIRCE. *Nefrologia.* 2010; 30:78-86.
248. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: First-week incidence, intensity and risk factors. *Anesth Analg.* 2005;101:1643-1650.
249. De Miguel R, Nahban SA, Alonso J, Escribano F. Resultados de satisfacción y calidad de vida percibida en pacientes intervenidos de hernia primaria de pared abdominal. *Cir Esp.* 2015[Epub ahead of print]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.01.005>

250. Aranaz JM, Ivorra F, Compañ AF, Miralles JJ, Gea MT, Limón R, et al. Efectos adversos en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp*. 2008;84(5):273-8.
251. Wu CL, Berenholtz SM, Pronovost PJ, Fleisher LA. Systematic Review and Analysis of Postdischarge Symptoms after Outpatient Surgery. *Anesthesiology*. 2002;96(4):944-1003.
252. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: A survey of 5,703 patients. *Can J Anesth*. 2004;51(9):886–891.
253. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, Maggard-Gibbons M, Steiner CA. Surgical site infections following ambulatory surgery procedures. *JAMA*. 2014;311:709-716.
254. de Lissovoy G, Fraeman K, Hutchins V, Murphy D, Song D, Vaughn BB. Surgical site infection: incidence and impact on hospital utilization and treatment costs. *Am J Infect Control*. 2009;37(5):387-397.
255. Calvo B, Jiménez A, Redondo E, Gracia JA, Gascón MA, Martínez M. Revisión de las complicaciones en Cirugía Mayor Ambulatoria 1995-2012. En Libro de Ponencias: I Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria. Braga 2012 [citado 20 marzo 2015] Disponible en: <http://ajimenezb.blogspot.com.es/2012/05/revision-de-las-complicaciones-en.html>
256. Grøgaard B, Kimsås E, Raeder J. Wound infection in day-surgery. *Ambul Surg*. 2001;9(2):109-112.
257. Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AMG, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012;56(3):323–31.
258. Windfuhr JP, Verspohl BC, Chen YS, Dahm JD, Werner JA. Post-tonsillectomy hemorrhage—some facts will never change. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015;272:1211–1218.
259. Mezei G, Chung F. Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery. *Ann Surg*. 1999;230:721–727.
260. Engbaek J, Bartholdy J, Hjortso NC. Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18,736 day surgical procedures. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2006;50:911–9.
261. Brattwall M, Warren-Stomberg M, Jakobsson J. Outcomes, Measures and Recovery After Ambulatory Surgery and Anaesthesia: A review. *Curr Anesthesiol Rep*. 2014;4:334–341.
262. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: the London Protocol. *Clin Risk*. 2004;10:211-20.
263. Bachiller J, Utor A, Alemán A, Herrería A, Mora A, Gracia A, et al. Documento guía para la implementación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).[Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2009 [citado 20 enero 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/seguridad_en_ambito_quirurgico.pdf/
264. Whippley A, Kostandoff G, Paul J, Ma J, Thabane L, Ma HK. Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery: a retrospective case-control study. *Can J Anaesth*. 2013;60:675–683.
265. Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA*. 1993;270:1437–41.
266. Mattila K, Hynynen M. Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;53:455–63.

267. Zhang Y, Rohrer J, Borders T, Farrell T. Patient satisfaction, self-rated health status, and health confidence: an assessment of the utility of single-item questions. *Am J Med Qual* 2007;22:42–9.
268. Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:244–252.
269. Santuzzi NR, Brodrik MS, Rinehart-Thompson L, Klatt M. Patient Satisfaction: How Do Qualitative Comments Relate to Quantitative Scores on a Satisfaction Survey? *Qual Manag Health Care*. 2009;18(1):3–18.
270. Schlomer GL, Bauman S, Card NA. Best practices for missing data management in counseling psychology. *J Couns Psychol*. 2010;57:1–10.
271. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet* 2002; 359: 57-61.
272. Mattila K, Lahtela M, Hynynen M. Health-related quality of life following ambulatory surgery procedures: assessment by RAND-36. *BMC Anesthesiol*. 2012;12:30.
273. Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB: Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth*. 2002;14:349–353.
274. Shah U, Wong DT, Wong J. Patient satisfaction and positive patient outcomes in ambulatory anesthesia. *Ambulatory Anesthesia*. 2015;2:29–37.
275. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *JAMA Surgery*. 2013;148:362-367.
276. Price RA, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, et al. Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Med Care Res Rev*. 2014;71(5), 522-554.

Anexos

Anexo 1

Fecha de la intervención:

Valore las siguientes 26 preguntas con puntuaciones de 0 a 10:

		Totalmente en desacuerdo o insatisfecho				Ni de acuerdo ni en desacuerdo, ni satisfecho ni insatisfecho				Totalmente de acuerdo o satisfecho			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Las instalaciones del hospital y el edificio le resultaron cómodas y agradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Encontrar los lugares donde tuvo que ir en el hospital le resultó sencillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Las instalaciones del hospital le parecieron limpias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	El aspecto del personal le pareció limpio y aseado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	El ambiente en la sala de espera era agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	La sala de recuperación en planta era confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	El médico dedicó el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	El personal de enfermería estuvo atento a sus necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Recibió suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	¿Cómo se sintió de seguro con la atención recibida en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	¿Cómo se sintió de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	¿Cómo se sintió de seguro al irse de alta del hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	¿Cuánto confía en la asistencia que tuvo en el hospital por parte del personal de enfermería?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Cuanto confía en el médico que le atendió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	¿Cómo valora el respeto con el que se le ha tratado en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22	¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le dedicó el Médico?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	¿Cómo de controlado estaba el dolor al marcharse del hospital?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	¿Cómo de satisfecho se fue a casa tras la operación?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 - El hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?

1. PEOR ☐ 2. IGUAL ☐ 3. MEJOR ☐

28 - ¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?

1. NO ☐ 2. SI ☐

29 - Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duque del Infantado, ¿cuál escogería?

1. Hospital Duques el Infantado ☐
2. Hospital Virgen del Rocío ☐
3. Hospital Virgen Macarena ☐

30 - ¿Qué cree que es lo primero que hay que mejorar del hospital?

DATOS DEL ENCUESTADO

31. Edad:

32. Sexo: 1. Hombre ☐ 2. Mujer ☐

33. Estado civil:

1. Casado/a ☐ 2. Soltero/a ☐ 3. Separado/a ☐ 4. Viudo/a ☐

34. Estudios finalizados:

1. Sin estudios ☐ 2. Primarios ☐ 3. Secundarios ☐ 4. Universitarios ☐

35. Actualmente se encuentra:

1. Estudiando ☐ 2. En paro ☐ 3. Trabajando ☐ 4. Ama/o de casa ☐ 5. Jubilado/a ☐

OBSERVACIONES

Anexo 2

Encuesta de percepción de calidad y seguridad en usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria (Encuesta telefónica)

Apellidos:

Nombre:

Hist.:

Tel.:

Valore las siguientes 26 preguntas con puntuaciones de 0 a 10:

		Totalmente en desacuerdo o insatisfecho				Ni de acuerdo ni en desacuerdo, ni satisfecho ni insatisfecho				Totalmente de acuerdo o satisfecho			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	¿Cómo valora la facilidad de los accesos al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	¿Cómo valora lo bien comunicado que está el hospital para llegar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Las instalaciones del hospital y el edificio le resultaron cómodas y agradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Encontrar los lugares donde tuvo que ir en el hospital le resultó sencillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Las instalaciones del hospital le parecieron limpias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	El aspecto del personal le pareció limpio y aseado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Cuando llegó al hospital, ¿cómo valora la rapidez de la recepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	El ambiente en la sala de espera era agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	La sala de recuperación en planta era confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	La espera desde la hora que le citaron hasta que le atendieron ha sido corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	El médico dedicó el tiempo suficiente para resolver todas sus dudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	El personal de enfermería estuvo atento a sus necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Recibió suficiente información sobre su tratamiento al marcharse de alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	¿Cómo se sintió de seguro con la atención recibida en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	¿Cómo se sintió de seguro con el equipamiento técnico del hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	¿Cómo se sintió de seguro al irse de alta del hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	¿Cómo se siente de seguro de saber que hay un teléfono a su disposición las 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	¿Cuánto confía en la asistencia que tuvo en el hospital por parte del personal de enfermería?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Cuanto confía en el médico que le atendió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	¿Cómo valora el respeto con el que se le ha tratado en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	¿Cómo valora el respeto a su intimidad en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22	¿Cómo está de satisfecho con el tiempo que le dedicó el Médico?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	¿Cómo de controlado estaba el dolor al marcharse del hospital?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	¿Cómo de satisfecho se fue a casa tras la operación?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	¿Cómo valora lo bien identificado que se encontraba el personal que le ha atendido en el hospital?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención que ha recibido en el hospital?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 - El hospital Duques del Infantado, ¿cree que es peor, igual o mejor que otros hospitales que conozca?

1. PEOR ☐ 2. IGUAL ☐ 3. MEJOR ☐

28 - ¿Se lo recomendaría a un familiar o amigo?

1. NO ☐ 2. SI ☐

29 - Entre otro hospital público de la ciudad y el hospital Duque del Infantado, ¿cuál escogería?

1. Hospital Duques el Infantado ☐

2. Hospital Virgen del Rocío ☐

3. Hospital Virgen Macarena ☐

30 - ¿Qué cree que es lo primero que hay que mejorar del hospital?

DATOS DEL ENCUESTADO

31. Edad:

32. Sexo: 1. Hombre ☐ 2. Mujer ☐

33. Estado civil:

1. Casado/a ☐ 2. Soltero/a ☐ 3. Separado/a ☐ 4. Viudo/a ☐

34. Estudios finalizados:

1. Sin estudios ☐ 2. Primarios ☐ 3. Secundarios ☐ 4. Universitarios ☐

35. Actualmente se encuentra:

1. Estudiando ☐ 2. En paro ☐ 3. Trabajando ☐ 4. Ama de casa ☐ 5. Jubilado/a ☐

OBSERVACIONES